9

Recherche

Utilisation des réseaux sociaux dans les interventions. État de la question et propositions d'action

Sous la responsabilité de
Michel Tousignant

COMMISSION D'ENQUÊTE
SUR LES SERVICES DE SANTÉ
ET LES SERVICES SOCIAUX

Québec

9

Recherche

Utilisation des réseaux sociaux dans les interventions. État de la question et propositions d'action

Sous la responsabilité de
Michel Tousignant

Ce document a été préparé dans le cadre du programme de recherche de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux qui en a autorisé la publication, sur recommandation de son comité scientifique. Les idées qui y sont exprimées ne traduisent pas nécessairement celles de la Commission. Le contenu et la forme - présentation, correction de la langue - relèvent de la seule et entière responsabilité des auteurs et auteures.

Cette publication a été produite par
Les Publications du Québec
1279, boul. Charest Ouest
Québec G1N 4K7

Conception graphique de la couverture:
Verge, Lebel associés inc.

(C) Gouvernement du Québec

Dépôt légal - 4e trimestre 1987
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-551-08455-5

UTILISATION DES RESEAUX SOCIAUX DANS LES INTERVENTIONS
ETAT DE LA QUESTION ET PROPOSITIONS D'ACTION

Michel Tousignant (directeur du projet, UQAM)
Claire Chamberland (U. de Montréal)
Claire Malo (UQAM)
Luciano Bozzini (U. de Montréal)

LABORATOIRE DE RECHERCHE EN ECOLOGIE SOCIALE ET HUMAINE
UQAM

TABLE DES MATIERES

Page

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

CHAPITRE 1
Soutien social et santé mentale 1

CHAPITRE 2
Bilan théorique et évaluatif des stratégies d'intervention
faisant appel au soutien social..... 23

CHAPITRE 3
L'intervention axée sur le soutien social au Québec :
analyse de la situation..... 71

CHAPITRE 4
Synthèse et recommandations..... 89

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES..... 101

NOTES..... 111

APPENDICE A : Les instruments..... 119

APPENDICE B : Résultats de projets de recherche ou
d'intervention menés par des membres du laboratoie de recherche
en écologie humaine et sociale..... 125

INTRODUCTION

Ce projet n'a été rendu possible que grâce à la collaboration d'une petite armée de participants qui ont dû répondre aux délais extrêment serrés exigés par la Commission Rochon. Nous espérons avoir répondu adéquatement aux attentes de départ et avoir produit un document qui puisse éclaircir une série de décisions et de virages importants dans l'orientation collective de nos services sociaux et de santé. Nous serions plus que comblés si ce rapport pourrait également servir directement à ceux qui ont collaboré à notre projet de recherche avec un tel enthousiasme et à tous les autres, étudiants, administrateurs ou citoyens qui désirent faire le point sur un mode d'intervention pour lequel peu de connaissances sont disponibles.

Bien que tous les membres de l'équipe aient participé à l'ensemble des opérations, des crédits plus particuliers vont aux contributions suivantes. A Michel Tousignant pour le premier chapitre; à Claire Malo pour le deuxième; à Lucciano Bozzini pour le rapport de la pré-enquête; à Michel Tousignant pour le rapport portant sur les entrevues et enfin à Claire Chamberland pour le chapitre final. Tous ces chapitres ont pu s'enrichir des réflexions de chacun bien que les auteurs des sections spécifiques portent davantage la responsabilité de leur contenu respectif et peuvent s'en considérer comme les auteurs.

Danielle Gareau, Richard Marcotte et Monique Séguin, stagiaires au LAREHS, ont conduit les entrevues. Leur participation ne s'est pas arrêtée cependant à un simple rôle d'exécution. Leurs commentaires sur diverses parties du questionnaires ont été des atouts précieux et ils ont en grande partie élaboré le système de codage. Leurs remarques ont permis de dégager les passages les plus pertinents des entrevues, ce qui a grandement contribué aux analyses, à la synthèse et aux recommandations.

Marie-Andrée Chartier et France Jamier, étudiantes à l'école de service social de l'Université de Montréal, ont participé à l'analyse de la pré-enquête. Jean Favreau et Guylaine Robitaille ont offert leurs précieux services de consultation pour l'informatisation et l'analyse statistique. Enfin, Monique Perreault et Ginette Savoie ont participé à la dactylographie et Jacqueline Clément a fait la mise en page du texte final.

A toutes ces personnes et à tous les volontaires qui nous ont consacré tant de leur temps, nos sincères remerciements. Nous remercions également le CQRS qui a subventionné une revue de littérature dont le premier chapitre a été extrait.

CHAPITRE 1

SOUTIEN SOCIAL ET SANTE MENTALE

ORIGINES HISTORIQUES

Le soutien social a pris une importance considérable dans les thèmes de recherche depuis environ 1975. Il n'y a qu'à relire les titres de symposiums des rencontres annuelles de l'American Psychological Association pour se rendre compte de cette rapide évolution. Si à une date aussi tardive que 1977, Dean et Lin écrivaient que le soutien social était une composante négligée dans les études sur les conséquences des événements critiques sur les maladies, il y a lieu de croire que l'oubli a été largement corrigé depuis. Certes l'enthousiasme pour ce type de recherches a été débordant à un certain moment, et il y a lieu aujourdh'ui de situer la place qui revient au soutien social dans l'étiologie de la santé mentale à la lumière des connaissances accumulées. D'excellentes synthèses permettent cette mise au point que ce soit pour le rapport entre le soutien social et la santé psychologique (Leavitt, 1983; Kessler, Price et Wortman, 1985; Mueller, 1980) ou entre le soutien social et la santé physique (Bozzini et Tessier, 1985).

Si le soutien social comme concept a été ignoré, il n'en demeure pas moins que ce thème a été présent d'une façon quelconque dans de nombreux textes que ce soit au niveau théorique, empirique ou de l'intervention.

L'influence théorique de Bowlby et les travaux sur le deuil (Parkes, 1972)ont été déterminants dans les recherches anglaises et australiennes, en particulier chez Brown et Harris (1978) de même qu'Henderson (1981). L'accent est peut-être davantage mis sur les liens primaires caractérisés par une forte intensité affective que sur l'ensemble du réseau social. Plusieurs courants des sciences sociales ont également marqué ce champ. L'anthropologie en particulier avec les travaux de Bott (1957) en Angleterre sur la structure des réseaux de chacun des membres du couple en milieu ouvrier anglais et les études de Mitchell (1969) sur les migrants urbains en Afrique Noire ont formulé les premières conceptualisations de la structure des réseaux. En sociologie américaine, tout le courant de psychopathologie sociale entre les deux guerres a rappelé l'importance de la désintégration sociale dans la genèse de la pathologie sociale et en prenant tout particulièrement comme exemple la délinquance. Le mythe de la petite communauté rurale, bien ordonnée et consensuelle, a longtemps contribué à servir de point de référence idéologique à la société en bonne santé mentale. Et la plupart des auteurs de ces textes provenaient eux-mêmes de ces petites communautés dont ils avaient conservé la nostalgie de la tribu protectrice de l'identité sociale (Mills, 1943). L'apport de la psychologie sociale a longtemps été laissé de côté par les

psychologues qui s'intéressaient au réseau en psychologie communautaire. Ces derniers favorisaient l'observation des groupes en milieu naturel et ne voyaient pas très bien comment les connaissances acquises de l'expérimentation pouvaient les éclairer. Un rapprochement important a cependant commencé à s'opérer entre ces deux courants de la psychologie et on découvre maintenant la pertinence des recherches sur le groupe de référence de même que celles portant sur les concepts d'affiliation et de comparaison sociale (Heller et Swindle, 1983).

Parallèlement à cette évolution, l'épidémiologie psychiatrique multiplie les résultats qui démontrent la piètre qualité du tissu social des agglomérations où se concentrent les taux les plus élevés de morbidité psychiatrique. Le travail exemplaire de l'équipe de Leighton (1963) en Nouvelle-Ecosse représente un effort remarquable dans ce sens. A partir d'observations, d'entrevues et d'informations obtenues de médecins traitants et de leaders locaux, il a été possible de démontrer que les cas psychiatriques (traités et non traités) au sein d'une grappe de villages situés en bordure de la Baie de Fundy se concentraient dans les communautés dont l'organisation sociale était plus lâche. Les indices de désintégration sociale analysés étaient les suivants: absence de valeurs religieuses, confusion des valeurs culturelles, plus hauts taux de familles séparées, leaders faibles et peu nombreux, manifestations d'hostilité, d'agression, de crimes et de délinquance plus fréquentes, présence moins nombreuse de groupes formels et informels,et , finalement, présence d'un réseau de communications faible et fragmenté. On peut supposer que les deux derniers indices reflettent la qualité des réseaux sociaux et de soutien individuels dans ce milieu. Une autre étude classique, celle d'Hollingshead et Redlich (1958), conduite à New Haven (Connecticut), essaie également d'expliquer la plus grande fréquence de cas traités parmi les classes défavorisées en soulignant les problèmes d'intégration à des réseaux d'appartenance dans ces groupes et dont les indices sont le haut taux de foyers désunis, la présence de minorités ethniques, l'instabilité d'emploi, les déménagements fréquents et la faible structuration des activités communautaires. Un autre apport de l'épidémiologie a été de faire ressortir l'importance de la densité relative d'un groupe social dans la loi du ratio. Plus un groupe possède une densité relativement faible par rapport à la population dans laquelle il vit, plus les risques de psychopathologie seront élevés. Par exemple, les problèmes devraient s'observer davantage chez les groupes culturels minoritaires et dans les quartiers à composition raciale mixte. L'étude de Lévy et Rowitz (1973), sur la base des archives hospitalières de la ville de Chicago, illustre assez bien que l'incidence de la schizophrénie (premières admissions) se rencontre davantage dans les secteurs où les Noirs sont mélangés aux Blancs que dans ceux qui sont racialement homogènes. Il faut ici noter que c'est moins la cohabitation des races que le fait que ces quartiers soient des plaques tournantes qui importe ici. Voici comment ces quartiers mixtes sont décrits: il existe des changements sociaux significatifs reflettés par les arrivées et les départs, les résidences transitoires,

la rénovation urbaine, et une désorganisation signalée par une structure familiale et communautaire moins solidement établie. Seule une méthode longitudinale permettrait d'apprécier si ces quartiers attirent des cas pathologiques à cause de leur anonymat plus élevé ou si c'est l'absence de climat d'entraide qui explique ces perturbations mentales graves. Il serait à tout le moins intéressant d'établir les mêmes comparaisons avec des indices de pathologie plus modérés que les taux de psychose.

Dans le domaine appliqué, les intervenants en prévention ont particulièrement fait valoir les mérites d'une approche qui s'appuierait sur les réseaux sociaux. L'oeuvre de référence de Caplan (1974) *Social Support Systems and Community Mental Health* a en quelque sorte crystallisé les efforts jusque-là épars et dirigé la réflexion sur le concept même de soutien social. Albee (1980) a de son côté insisté sur le fait que la psychologie était passablement dépourvue lorsqu'il s'agissait de modifier les origines sociétales ou les composantes de la personnalité, mais qu'on pouvait s'afficher plus optimiste quand il s'agissait d'agir sur l'entourage immédiat.

Il faudrait également reconnaître l'apport des théories systémiques et des écoles de thérapie familiale pour promouvoir tout le domaine du réseau social. Ce mouvement a été influencé par des penseurs comme Bateson qui avaient d'abord débuté en anthropologie et qui avaient très tôt remarqué le rôle des liens systémiques entre les invididus pour expliquer le comportement (DiNicola, 1985).

LA NATURE DU SOUTIEN SOCIAL

La littérature épidémiologique d'avant 1980 utilisait davantage le concept de réseau social (voir par exemple le titre de Mueller, 1980) et l'intérêt portait davantage sur les caractéristiques formelles du réseau comme le nombre, la densité, la multiplicité des fonctions des liens ou la réciprocité. Si ces caractéristiques formelles différenciaient bien entre les populations de la communauté et celles de consultants en psychiatrie, leur effet paraissait moins évident quand venait le temps d'expliquer l'origine des problèmes de santé mentale de la vie courante. Aussi, on a voulu dès lors considérer davantage la qualité de l'interaction et les divers aspects de soutien qu'elle impliquait de telle sorte que l'on parle désormais davantage de soutien que de réseau social.

Mais autant il était relativement facile de définir, de décrire et d'opérationnaliser les dimensions du réseau, autant il devient malaisé de saisir l'essence même du soutien social. Bozzini et Tessier (1985) proposent que le soutien (ou support) social recouvre une variété *de formes d'aide, c'est-à-dire une variété de ressources utilisables pour faire face aux difficultés de la vie* . Les auteurs insistent avec raison pour démarquer le terme de soutien de celui de participation ou

d'intégration sociale puisque le soutien ne doit pas référer à l'intégration de l'individu avec la société globale. Toute l'ambiguité vient du terme *utilisables* . En effet, doit-on juger en soi les comportements d'aide de l'entourage ou considérer si ceux-ci sont utilisables par l'individu. Le principal danger est de définir le soutien par ses effets tels que définis par l'utilisateur potentiel. Et, dans la plupart des recherches, c'est presque toujours le receveur qui décrit les comportements d'aide de son entourage et on se retrouve en présence d'une variable qui est davantage le soutien perçu que le soutien vu sous l'angle de l'observateur neutre. Dans ces circonstances, il y a risque de contaminatioin entre les mesures de soutien perçu et de santé mentale. En effet, celui ou celle qui se sent en possession d'un bon moral risque de percevoir comme soutenante l'aide reçue: si le moral est mauvais, l'aide risque d'être déniée ou dénigrée. D'où l'importance de considérer les comportements de soutien sans tenir compte des perceptions du receveur. Par contre, on a besoin d'études descriptives basées sur les perceptions des bénéficiaires du soutien afin de comprendre quelles sont les caractéristiques d'un comportement soutenant.

Une autre difficulté pour l'analyse vient du fait qu'un geste peut être soutenant dans certaines circonstances mais non dans une autre. Ainsi, le soutien affectif aide généralement celui qui passe à travers un deuil à sentir qu'il y a d'autres personnes qui lui sont profondément attachées dans la vie. Par contre, un soutien affectif trop prononcé risque de diminuer l'autonomie et même d'affecter le système d'immunité aux maladies. Ainsi des employés qui avaient des problèmes de travail et qui recevaient trop de marques d'appitoiement se retrouvaient sans défenses pour lutter et arriver à une solution de leurs problèmes et ils présentaient plus de problèmes de santé (Kobassa et Puccette, 1983).

L'offre de soutien n'est évidemment pas neutre. Les attitudes du donneur influencent beaucoup la façon dont le soutien sera perçu. Un conseil peut être offert avec condescendance, indifférence ou détachement, sentiments qui provoqueront des réactions bien différentes chez le receveur. Les significations symboliques attribuées aux personnes du réseau peuvent être importantes même si non fondées dans la réalité. On peut croire qu'un confident représente son meilleur ami sans que cette perception soit réciproque. Ce qui fait que ce n'est pas tant le soutien en soi que le soutien perçu ou tel que rapporté dans le discours qui est évalué dans beaucoup de recherches.

La source du soutien est une autre dimension très importante à tenir en compte. Le statut de celui qui donne joue un rôle primordial. On peut recevoir de l'affection d'un égal, mais moins bien un conseil qui nous mettra en situation d'infériorité alors que l'on préfère habituellement recevoir des conseils plutôt que de l'affection de la part de personnes plus distantes comme un patron ou l'ami d'un ami. Certaines démarches originant d'organismes de bénévoles comme Alcooliques

Anonymes remportent souvent plus de succès que les efforts de l'entourage pour donner des conseils. Par ailleurs, Corin constate dans une étude sur les personnes du troisième âge dans la région de Québec, que celles qui vivent dans une région rurale à forte transparence sociale préfèrent rechercher leur soutien auprès d'institutions. Le recours à des services formels permet en effet de sauvegarder une aire d'intimité et cet aspect a échappé à beaucoup de chercheurs en milieu urbain pour qui le soutien est un mode privilégié de sauvegarde contre l'anonymat aliénant. On voit donc comment le réseau social n'est pas toujours l'équivalent d'un réseau de soutien (Shumaker et Brownell, 1984).

LES FONCTIONS DU SOUTIEN

La meilleure méthode à suivre pour comprendre le soutien social est de l'analyser dans ses diverses dimensions ou fonctions. Dans l'esprit de Cobb (1976), l'un des pionniers dans ce domaine de recherche, il est clair que le soutien social est primordialement ce qui se passe au niveau humain et affectif entre deux personnes: c'est la communication d'affection, d'estime de soi et du sentiment d'appartenance à un groupe. Cette vision pose comme postulat que si l'on arrive à soutenir le moral, la personne passera à travers toutes les adversités. Ce n'est qu'au moment où on se met à considérer les mécanismes véritablement utilisés pour faire face aux mauvais moments que l'on s'aperçoit qu'une personne n'a pas simplement à contenir ses émotions mais à prendre des mesures concrètes, instrumentales, pour passer à travers ses expériences. Dans cette perspective, on découvre qu'il peut y avoir autant de catégories de soutien qu'il y a de types de mécanismes d'adaptation au sens de Lazarus et Folkman (1985). Gottlieb (1978) identifie pas moins de 26 types d'aide en répertoriant les comportements identifiés par les acteurs impliqués. La classification de Barrera (1983) contient six catégories génériques qui semblent passablement représentatives et exhaustives par rapport à l'ensemble des listes proposées. On y retrouve l'aide matérielle, les services, les marques d'affection, les conseils, les informations et la participation conjointe à des activités.

Les différents secteurs de la population nécessitent des types de soutien variant en fonction des problèmes vécus. Ainsi, dans une enquête menée parallèlement à Baltimore et à Milwaukee auprès de 400 informateurs provenant de quartiers composés de minorités culturelles, la santé mentale des gens plus âgés de même que celle des membres des minorités corrèle particulièrement avec le sentiment d'appartenance au quartier (Biegel et coll., 1980). On peut en déduire que la participation à des échanges avec l'environnement local est importante pour cette catégorie. Par contre, chez les jeunes et les gens n'appartenant pas aux minorités, la satisfaction au travail est

garante de santé mentale quand tout va bien alors que si la situation se détériore l'appui de la famille, des amis ou des collègues est le facteur important.

Durant la transition entre l'adolescence et la période de jeune adulte, le type de soutien le plus associé avec la santé mentale est celui qui raffermit l'estime de soi et qui permet d'apprécier lucidement une situation (Cohen et Hoberman, 1983). On comprend bien que ce type de soutien correspond davantage aux besoins des personnes dont l'identité n'est pas encore tout à fait bien consolidée.

LES POPULATIONS EN CONSULTATION PSYCHIATRIQUE

Il serait douteux de croire, sur la base d'études synchroniques, que la pauvreté du réseau social des patients psychiatriques explique en grande partie leur état pathologique sérieux. Les études qui analysent les réseaux des patients ont par contre le mérite de fournir des précisions utiles et d'indiquer certaines caractéristiques sociales d'une dynamique de maintien dans un état pathologique.

Il apparaît clairement que les patients des cliniques psychiatriques présentent un réseau de soutien social déficient. Les pathologies lourdes, dites psychotiques, sont désavantagées par rapport aux pathologies moins sérieuses, dites névrotiques, qui elles-mêmes sont moins bien nanties que les groupes de comparaison provenant de la communauté. Les psychotiques ne comptent souvent pas plus de quatre ou cinq personnes dans leur réseau d'appartenance alors que la moyenne oscille entre 25 et 40 personne au sein d'une population générale (Pattison, 1975). Les relations des psychotiques sont souvent asymmétriques, c'est-à-dire qu'il n'existe pas de réciprocité dans les rapports et qu'ils reçoivent plus qu'ils ne peuvent retourner. Même lorsque le groupe témoin est très bien appareillé, comme par exemple entre un échantillon de chambreurs psychotiques et un échantillon de chambreurs non-psychotiques à New York, la différence au niveau de la grandeur du réseau est appréciable (Cohen et Sokolovsky, 1978). Une observation semblable est faite chez des ex-psychiatrisés en provenance d'un milieu rural (Turner, 1981).

A une exception près (Tolsdorf, 1976), les psychotiques recherchent davantage leur soutien auprès de leurs amis que de leurs parents (Mueller, 1978). Cette constatation ne signifie pas une complète aliénation d'avec la famille. Chez les Portoricains de New York par exemple, plus de 80 % de l'échantillon reçoit un certain soutien de la part de la famille sans toutefois participer au partage des repas, coutume presque quotidienne au sein de ce groupe culturel (Garrison, 1978). La distance du psychotique à l'égard de sa parenté peut s'expliquer par le fait que celui-ci a brûlé sa

famille immédiate par des demandes moralement trop lourdes à supporter (Leavitt, 1983) ou qu'il veuille s'éloigner de ceux qu'il considère comme la source de ses maux.

L'étude de Tolsdorf (1976) permet de comprendre certains éléments de la dynamique relationnelle du psychotique avec son entourage. Le psychotique est souvent accaparé par des parents dominants et il ne se confie généralement pas suffisamment pour permettre à des aidants de remplir un rôle significatif. En fait, il préfère s'en remettre à ses propres ressources plutôt qu'à celles de son réseau. Une autre étude californienne en arrive à des conclusions similaires (Mitchell, 1980). Lorsque des patients atteints d'un état sérieux et suivis en externe proviennent d'une famille à forte cohésion, le nombre de contacts en dehors de la famille tend à être moins élevé. Soit que le patient ressent moins le besoin de liens avec l'extérieur, soit qu'il ne reçoit pas de sanctions positives à cet effet. Le patient perçoit également que le soutien de la famille est inférieur si ses membres entretiennent plus de contacts avec leurs amis de l'extérieur. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que les familles avec un cas plus lourd cherchent davantage à se ventiler à l'extérieur du foyer.

Une étude de Garrison (1977) éclaire une dimension souvent ignorée: c'est l'appartenance des psychotiques à des groupes religieux ou marginaux où ils trouvent une tolérance et un appui difficilement accessible dans leur vie quotidienne. Ces groupes offrent également un système de représentation qui permet aux malades mentaux de réinterpréter leurs symptômes et d'avoir une emprise symbolique sur ceux-ci tout en profitant du bénéfice de rites thérapeutiques inspirés de cultes africains. Ce processus de socialisation rend les ex-patients plus semblables à des "normaux" qu'à des clients de clinique externe. D'autres recherches faites à Montréal par Corin, ont noté chez des patients de race blanche cette même affinité avec les groupes religieux marginaux.

Les réseaux des patients névrotiques hospitalisés sont à peine plus étendus que ceux des patients psychotiques; leur nombre se situe entre 10 et 12 personnes, chiffre nettement inférieur à la norme de la population (Pattison,1975). Les réseaux de ce type de patients est aussi caractérisé par une faible densité, c'est-à-dire que les amis ou les parents de ces patients n'ont que de faibles contacts entre eux. On a en outre remarqué chez un groupe de patients de Dublin (Irlande) vus pour la première fois en clinique externe , outre la moindre sociabilité, un nombre plus élevé de conflits avec l'entourage par rapport à un groupe témoin (Brugha et coll., 1982). Ces patients passent moins de temps avec la personne avec laquelle ils sont le plus attachés (10 heures vs 15 heures par semaine) ou sont moins longtemps en situation d'interaction sociale (46 heures vs 60 heures). Mais la grande différence, c'est qu'ils passent quatre fois plus de temps dans des relations désagréables.

Si le réseau est une sorte de capital social qui s'accumule et se maintient grâce à un ensemble de ressources personnelles, il est plausible de considérer que le psychotique en manque parce qu'il est dérangeant. Il est d'autre part possible que les parents aient été inadéquats dans la socialisation du patient suite à une sur-protection ou une absence d'intérêt.

Par ailleurs, même si l'évidence accumulée fait voir un lien entre soutien social et maladies psychiatriques, il ne faudrait pas en faire un remède magique pour les schizophrènes. En effet, une série d'études anglaises démontre que les patients qui retournent au foyer sont plus sujets à une rechute dans le cas où la famille ne respecte pas leur aire d'intimité affective (Brown et coll., 1962). C'est peut-être là la clef du succès de l'expérience de Gheel en Belgique flamande où les psychotiques sont pris en charge par des familles rurales, ce qui permettrait une distance optimale qui instaure un climat ni trop stimulant ni trop apathique. Ou serait-ce également, tel que confirmé aux Etats-Unis (Grusky et coll., 1985), que l'attachement à la communauté et au monde du travail est plus capital que l'attachement à la famille pour des malades mentaux chroniques, ce modèle pouvant évidemment souffrir des exceptions en fonction de l'âge et du diagnostic spécifique?

SOUTIEN SOCIAL ET MEILLEURE SANTE MENTALE

Si les personnes qui peuvent compter sur un bon réseau de soutien social présentent moins de problèmes physiques et psychologiques que celles qui sont désavantagées sous ce rapport, on peut alors prudemment assumer, même sans connaître les éléments du processus causal, la présence d'une fonction immunologique. Regardons d'abord le rapport avec les indices de mortalité en les considérant comme un reflet de la qualité affective de la vie, surtout si on contrôle en même temps les variables qui ont généralement une incidence sur la santé et, plus particulièrement, l'évaluation subjective de la santé au moment de l'enquête (Berkman et Syme, 1979). Même après avoir tenu compte de tous ces facteurs, la pauvreté du réseau social possède un effet sur les taux de mortalité. Au cours des neufs premières années de cette enquête longitudinale, les hommes qui ont peu de contacts sociaux ont 2,3 fois plus de chances de décéder que ceux qui en ont beaucoup. Le rapport est sensiblement égal chez les femmes, soit 2,8.

Leavitt (1983) conclut sur la base de sept études longitudinales qu'il existe un bon élément de preuve pour établir un lien significatif, quoique faible, entre l'absence de soutien social et la présence de problèmes psychologiques. Les éléments de preuve sont d'ailleurs assez épars puisque dans un cas concernant les personnes âgées, c'est la présence d'un confident qui est déterminante (Lowenthal et Haven, 1968), dans une autre étude australienne, c'est le soutien en temps de crise qui est la variable déterminante (Andrews, 1978) et que, pour une troisième étude chez des minorités ethniques en milieu urbain américain, le sentiment d'appartenance au voisinage - qui

n'est d'ailleurs pas un indice direct du soutien social - est associé à moins de symptômes. Un autre groupe d'études menées auprès de populations moins représentatives, soit les étudiants, confirment l'hypothèse générale d'un effet immunisateur relié au soutien social (Leavitt, 1983).

Barrera et Sandler (1980) spécifient cependant que ce n'est pas simplement le soutien, mais la qualité de celui-ci et la satisfaction qu'il procure, qui sont les ingrédients importants dans la relation avec la santé mentale (voir aussi Holahan et Moos, 1981). Il est bien évident que la correspondance avec le bien-être augmente si l'on s'en remet à des mesures subjectives de soutien, d'où le danger de contamination entre les scores obtenus.

Deux questions fondamentales d'ordre méthodologique se posent à ce moment-ci. Toutes ces enquêtes mesurent-elles le soutien social perçu ou celui qui est réellement reçu? On peut imaginer par exemple qu'une personne fière refuse d'avouer avoir reçu un soutien paraissant évident à l'observateur externe. Par ailleurs, on peut aussi penser que si l'on se sent mieux, on aura tendance à percevoir que son entourage a été soutenant, et le contraire si l'on se sent déprimé. L'étude de Turner (1981), menée en Ontario principalement auprès de mères volontaires âgées entre 20 et 30 ans, tente de répondre à ces questions. Les observations sur quatre groupes indiquent une corrélation modeste mais constante entre souten social perçu et différentes mesures de santé mentale tirées du Hopkins. L'un des grands intérêts de cette étude est de montrer que les items de soutien social ne se rassemblent pas tous sous le même facteur que les items des échelles psychologiques lorsque l'ensemble des ces instruments est soumis à une analyse factorielle, ce qui démontre un certain degré d'indépendance entre soutien social et santé mentale. Par ailleurs, la même étude démontre que le soutien social mesuré au temps I prédit aussi bien l'état psychologique au temps II que l'état psychologique au temps I prédit le soutien social au temps II. Ces résultats suggèrent un processus de causalité en spirale avec influence réciproque entre ces deux facteurs: si on est en bonne santé mentale, on reçoit un meilleur soutien social, ce qui en retour facilite une meilleure santé mentale .

On pourrait croire que le fait d'avoir un grand réseau procure un plus grand soutien et, par conséquent, un meilleur état de santé mentale. Certaines relations ont été observées entre l'étendue du réseau et la santé psychologique mais d'autres résultats ne sont pas aussi concluants (Griffith, 1985). Dans une étude menée en Israël auprès d'un groupe de femmes en attente d'un examen pour une biopsie, les caractéristiques structurales du réseau ne peuvent prédire les caractéristiques du concept de soi (Hobfoll et Walfisch, 1983).

Jusqu'ici donc, il semble assez bien établi que le soutien social joue un rôle au moins modeste dans le maintien d'une bonne santé mentale. Mais de quelle façon ce facteur opère-t-il? Permet-il

d'amortir le choc des événements pénibles en les rendant plus supportables ou en offrant de meilleures ressources pour y faire face?

L'EFFET TAMPON

Ce chapître est probablement l'un des plus complexes qui soit, non seulement parce que seul un shéma de recherche longitudinal permet de répondre adéquatement à la question posée, mais parce qu'on doit à la fois tenir compte d'importantes variables pour produire un modèle valide.

Une des premières études à proposer le modèle de l'effet-tampon est celle de Nuckolls et coll. (1972). Des observations menées auprès de 170 femmes enceintes âgées de 18 à 29 ans démontrent que ce ce sont ni les événements de vie, ni l'absence de soutien social, mais bien une combinaison des deux facteurs qui augmente le risque d'une complication de grossesse.

House (1981) fait grand cas de l'étude de Cobb et Kasl (1977) pour construire la preuve de l'effet-tampon. Les résultats de cette dernière étude indiquent clairement que, lors de la fermeture d'une usine, les employés qui jouissent d'un meilleur appui, qui provient en grande partie de leur épouse, sont moins déprimés par l'anticipation de la période de chômage. Les plus déprimés se retrouvent parmi ceux dont l'appui est faible et qui n'arrivent pas à se trouver un emploi par la suite. Dans ce cas-ci, il n'est pas clair si le soutien contribue davantage à une meilleure acceptation de l'expérience malheureuse du licenciement ou à la facilitation de l'obtention d'un emploi qui met fin au chômage. Autrement dit, est-ce le support affectif ou instrumental qui est en cause? L'étude de House (1981) vérifie de son côté que les ouvriers qui reçoivent peu de soutien et vivent beaucoup de stress (mesure subjective de stress relié au rôle) rapportent plus d'ulcères d'estomac et de symptômes névrotiques. Mais le schéma n'est pas longitudinal et les statistiques peu convaincantes: seulement un nombre réduit de corrélations entre soutien et santé sont significatives à un seuil peu exigeant de .10.

Quelques rares études démontrent véritablement l'existence de l'effet-tampon (LaRocco et coll., 1980; Cohen et Hoberman, 1983), c'est-à-dire que que le soutien social sera déterminant pour faire diminuer la quantité des symptômes si il y présence d'événements stressants. Mais encore faut-il selon LaRocco et coll. (1980) que l'événement à traverser exige une mobilisation du soutien social. Leurs résultats suggèrent que certains types de situations difficiles appellent certains types de soutien; ainsi, les problèmes de travail se règlent préférablement sur les lieux du travail en interaction avec le concours du patron ou des collègues comme dans l'exemple de Kobasa plus haut.

Quelques autres articles appuient l'hypothèse de l'effet-tampon, mais un certain nombre (voir Pilisuk et Froland, 1978 comme cas typique) prennent pour acquise une démonstration qui n'est pas très probante.

Parallèlement à ces études, il existe toute une série de cas négatifs. Thoits (1982) avec un échantillon de la communauté et Billings et Moos (1984), avec un échantillon clinique de dépressifs, constatent que le soutien social est associé à moins de symptômes, mais pas proportionnellement plus s'il y a présence d'événements critiques. Turner (1981) note que le rapport soutien social-bas niveau de symptômes augmente en présence d'événements, mais non de façon significative.

Au total, les textes synthèse sur la question divergent encore d'opinion, preuve que le débat est loin d'être vidé. Kessler et McLeod (1985) rapportent des résultats mitigés tout en constatant avec un brin d'optimisme que les recherches les mieux construites au plan méthodologique démontrent que certains types de soutien, en particulier le soutien émotif et la croyance de pouvoir compter sur un soutien étendu si nécessaire, aident à maintenir une meilleure santé mentale. La revue de Turner (1983) conclut que les preuves sont ambigues même si l'auteure croit en définitive à l'hypothèse de l'effet-tampon. Le texte de Heller et Swindle (1983) est plus réservé. Selon eux, seulement six des 14 études les plus souvent citées pour appuyer l'hypothèse de l'effet-tampon fournissent une preuve minimale de son existence. La longue discussion de Williams, Ware et Donald (1981) conclut à l'opposé qu'aucune preuve n'a été faite jusqu'ici à cet effet. Pour eux, événements et soutien social ont un effet indépendant ou additif mais non interactif. Ils critiquent en particulier les valeurs inflationnistes des corrélations provenant d'analyses transversales et ils rappellent leur étude à grand échantillon auprès des bénéficiaires d'un plan d'assurance-santé prouvant que la santé mentale (échelle de Dupuy) au temps I prédit davantage que le soutien social ou la présence d'événements la santé mentale en un temps II.

A notre avis, la démonstration de l'effet-tampon ne doit pas s'opérer avec de grands échantillons où on essaie de tenir compte de tous les événements et les types de soutien à la fois. Elle doit analyser des événements spécifiques avec des populations cibles relativement homogènes au risque que les influences entre divers facteurs risquent de s'annuller mutuellement. Voyons les divers problèmes posés par les études antérieures:

1- Il faut faire la distinction entre le soutien qui a un impact positif et celui qui a un impact négatif. L'absence d'un effet-tampon peut être la résultante d'une balance entre ces deux forces contraires (LaRocco et coll., 1981).

2- Il y a lieu de distinguer parmi les gens qui ne reçoivent pas d'aide entre ceux qui sont auto-suffisants et qui ne recherchent pas d'aide et ceux qui n'en reçoivent pas par défaut (Jung, 1984). Ces deux groupes "sans soutien" auront des taux de symptômes opposés.

3- On peut penser que les personnes qui possèdent beaucoup de ressources personnelles profitent relativement moins du soutien social à leur disposition que celles qui en sont dépourvues (Pearlin et coll., 1981). En d'autres mots, la présence ou l'absence de ce soutien n'altèrera pas de façon significative le niveau de santé mentale des premières.

4- Au-delà d'un certain seuil de stress, le soutien social n'est plus en mesure de jouer un rôle (Cutrona, 1984). Dans cette étude, les différents types de soutien social sont reliés à l'absence de dépression post-partum (période de huit semaines) seulement chez le groupe vivant peu de stress. Quand le stress est trop fort, le soutien social n'a plus d'effet.

5- Il faut s'assurer que la mesure dépendante soit vraiment une mesure de mauvaise adaptation psychologique. Les instruments de santé mentale utilisés ne font souvent pas la différence entre les émotions qui sont normales dans la lutte contre un événement stressant et qui réquisitionnent les énergies de l'organisme de façon constructive et celles qui sont paralysantes (Kessler, Price et Wortman, 1985). Certaines études lors des périodes post-opératoires en chirurgie démontrent que le sentiment de détresse suivant une intervention prédit une meilleure réhabilitation ou un plus grand taux de survie. Ainsi, les femmes qui restent stoïques après avoir subi une ablation du sein meurent davantage que celles qui veulent lutter (Lancet, 1985). Les changements psychologiques à long terme sont toujours plus probants que les difficultés temporaires bien que les deux soient souvent associés.

6- L'impact de certains passages de la vie peut être davantage diminué par la présence d'un soutien ou d'un confident que d'autres (Mitchell et coll., 1982). Dans notre étude auprès des adolescents suicidaires (Hanigan et Tousignant, 1986), peu d'entre eux croient qu'il est utile de se confier suite à une peine d'amour, certains parce qu'ils considèrent que le calme reviendra de lui-même, d'autres parce qu'ils ne voient pas comment on peut les aider.

7- Certains événements négatifs comme les querelles conjuguales, peuvent être embarrassants et mettre la victime dans la gêne de s'en confier (Mitchell et coll., 1982).

8- La mesure dépendante utilisée dans le test de l'effet-tampon est presque toujours un indice de psychopathologie alors que le soutien pourrait avoir une influence plus marquée sur le sentiment de compétence ou un autre élément plus positif de l'état psychologique (Mitchell et coll., 1982).

A notre avis, le test de l'effet-tampon a rarement pu être réalisé dans des conditions idéales qui tiendraient compte de l'ensemble de ces remarques méthodologiques. Nous continuons de croire que le soutien peut avoir un effet certain sur les conséquences d'un événement, à tout le moins chez un certain groupe de personnes si les types de soutien offerts sont adéquats et que la personne présente un minimum de réceptivité à l'aide offerte.

INFLUENCE DE L'EVENEMENT SUR LE RESEAU

Nous avons souligné dans la section précédente que le soutien social pouvait ne pas être efficace dans des circonstances trop extrêmes. Souvent, l'entourage est encore plus profondément atteint que la victime elle-même, ce qui paralyse toute veilléité de pouvoir aider. Que l'on se rappelle les mots d'Emma Ekstein à l'endroit du Dr Freud au sortir d'une opération au nez aux mains de Fliess qui s'était avérée une véritable boucherie: "C'est cela le sexe fort!". Le drame engendre la panique chez les proches qui peuvent alors tout faire tourner au vinaigre. Même dans les cas où l'entourage a appris à se débrouiller dans l'abstrait, tout est bien différent que ce qui est prévu dans la réalité (Kessler, Price et Wortman, 1985). Plusieurs se sentent d'autant plus atteints qu'ils partagent ou risquent de partager des problèmes similaires à ceux de la victime. Dans une étude auprès de cégépiens suicidaires, la moitié des réactions à l'expression d'une idéation suicidaire paraissait inadéquate comme par exemple une surprise réprobatrice, de l'ironie, un déni manifeste ou un refus d'en parler plus. Le réseau peut même, en dehors de tout conflit, devenir un obstacle dans la tentative de se remettre rapidement d'une expérience malheureuse. Une jeune femme qui venait presque de réussir son suicide après s'être plantée une lame dans la région péri-cardiaque m'a confié que la plus grande difficulté à s'en remettre était de devoir consoler au sortir de l'hôpital ses parents extrêmement ébranlés par la tragédie.

La longue littérature sur l'épuisement professionnel illustre comment même les mieux préparés sont vulnérables aux exigences de devoir porter secours aux personnes en état de crise (Kessler, Price et Wortman, 1985). Les femmes représentent ici une population plus à risque suite aux demandes et attentes plus élevées dont elles sont la cible (Belle,1982). Les soins auprès de jeunes enfants à la maison de même que les nécessités des parents vieillissants sont deux de leurs responsabilités particulièrement ingrates. Et Belle de conclure sur une citation de Miller: "Dans notre culture, 'être au service des autres' c'est pour les pas bons (losers), c'est un travail de troisième ordre".

Les épreuves personnelles peuvent aussi éloigner les amis ou les faire voir sous un autre jour. Un certain nombre d'études montre que les personnes qui vivent plus d'événements rapportent des niveaux inférieurs de soutien social perçu malgré une augmentation parfois des comportements

d'aide de la part de l'entourage (Mitchell et Moos, 1984; Cutrona, 1984). Lors de la séparation d'un couple par exemple, le soutien parental reçu par les femmes peut être dilué par des jugements qui nuisent à leur nouvel ajustement (Spanier et Hansen, 1981). Un événement comme la séparation maritale pourra aussi provoquer un conflit structural dans le réseau. La plupart des amis que l'on partageait avec le conjoint ne sont plus revus (Malo, 1985). Dans le cas du veuvage, le cercle de couples fréquentés auparavant peut craindre que la nouvelle veuve devienne une menace sexuelle à cause de sa liberté (Walker et coll., 1977).

Ces remarques suffiront à atténuer l'engouement qui voyait à une époque le réseau comme la solution magique à tous les maux en santé mentale. Mais il ne faudra pas insister outre mesure sur ces exemples car le réseau semble être davantage un atout dans le bilan final. Le soutien procuré peut souvent amoindrir la menace au point où l'événement cesse d'être perçu comme stressant (Mitchell et Moos, 1984; Cutrona, 1984). D'autre part les personnes qui disent compter sur beaucoup de soutien rapportent moins d'événements négatifs que celles qui en ont moins (Billings et Moos, 1982). Si cet effet est généralisé, on comprend pourquoi il est difficile de vérifier l'effet-tampon. Il serait en effet vraisemblable de penser que les informateurs qui vivent une expérience dont les conséquences sont très tôt neutralisées par l'entourage ne rapportent pas l'événement lors d'une enquête; on ne pourra donc pas alors analyser l'influence de cet entourage dans la diminution du stress relié à l'événement.

EFFETS PARADOXAUX DU SOUTIEN SOCIAL

L'excellente revue de Fisher et coll. (1982) sur les réactions à de l'aide offerte dans les travaux de psychologie sociale conclut que la principale réponse au soutien est la baisse de l'estime de soi. Les personnes autonomes se sentent à cet égard plus menacées que les personnes dépendantes. L'aide semble aussi d'autant plus troublante qu'elle provient d'une personne de statut similaire au sien. Si elle provient d'une personne inférieure, elle menace moins l'estime de soi et si elle est obtenue d'une personne supérieure, elle aura plus souvent valeur d'émulation et conduira davantage à se débrouiller seul. Trois théories tentent d'expliquer les effets négatifs de l'aide. Selon la théorie de l'équité, le don amène une situation d'inégalité entre deux partenaires. La dette perçue est d'autant plus forte que l'aide est offerte sans arrière-pensée ou, pourrions-nous ajouter, sans possibilité de remboursement qui rétablirait l'estime de soi du receveur. Selon la théorie de Brehm, le don est aussi une atteinte à la liberté. Il force à se montrer gentil et à tenir compte des conseils offerts dans ses actions futures. Enfin, vu sous l'angle de la théorie de l'attribution, l'offre d'un service peut signifier l'incompétence de la personne qui en est le receveur. Cet offre sera reçue plus positivement si la cause du désarroi est attribuée à la situation plutôt qu'au manque de

ressources du receveur de telle sorte qu'on puisse affirmer que la plupart des gens ne peuvent s'en tirer seuls dans des circonstances similaires. (voir dans Fisher et coll. ,1982, et également dans Shumaker et Brownell, 1985, des tableaux élaborés de types d'intervention d'aide et des effets positifs ou négatifs attendus).

Le soutien demeure aussi pour d'autres raisons une arme à double tranchants. Recevoir une aide ou répondre à des encouragements force à répondre aux espoirs et aux attentes mis en nous. L'échec risque alors de culpabiliser le receveur. Les appuis provoqueront une émotion intense et peut-être même une paralysie si l'enjeu est énorme. Certains adolescents pourront tout simplement abandonner leurs études si les parents investissent trop dans leur avenir académique et les étouffent par leurs conseils. Dans un domaine un peu à part, soit les sports professionnels, l'appui de la foule locale qui est un atout déterminant dans les parties régulières devient parfois un handicap dans les éliminatoires où les enjeux sont multipliés (Psychology Today, 1985).

Si le soutien prend la forme d'un apitoiement, il risque d'engourdir ceux qui ont à relever des défis plutôt que de les stimuler. Il peut par exemple aggraver l'état dépressif (Coates et Wortman, 1979). Dans le cas de maladies, le soutien peut procurer des bénéfices secondaires appréciables qui retarderont la réintégration à la vie normale. Ou il peut agacer s'il se manifeste par la formulation de faux espoirs de guérison. Dans un autre contexte, on pourrait évoquer ici toutes les horreurs entendues dans les salons mortuaires pour consoler les endeuillés.

Le fait de se précipiter pour aider peut également occasionner de la panique en faisant considérer que le cas est peut-être plus sérieux que prévu ou que la victime pensera qu'elle est vraiment dépourvue de ressources pour que tant de personnes accourent à son aide.

Si un problème ne possède pas de solution ou que le type d'aide demandé ne peut être procuré par l'entourage immédiat, les personnes qui recherchent activement du soutien risquent d'être les plus frustrées et de manifester une plus grande détresse. Une enquête conduite auprès de 44 femmes dont le conjoint est atteint du syndrome d'Alzheimer illustre bien ce point (Fiore et coll., 1983). Ce groupe de femmes est au départ particulièrement à risques pour la dépression car plus de 19 d'entre elles répondent à la définition du Research Diagnostic Criteria, ce qui s'explique par le fait qu'elles vivent simultanément un stress chronique, la perte d'un confident en plus d'avoir un rôle très exigeant de soignante. Si le nombre de contacts avec le réseau corrèle avec la santé mentale, la demande d'aide, particulièrement la quête d'information, corrèle pour sa part avec la dépression. L'hypothèse explicative est que les femmes qui croient que quelque chose peut être fait avec une situation que la médecine juge relativement désespérée se heurtent à un échec en ne se résignant pas. Dans cette situation bien spécifique, ce ne sont pas les personnes passives et

soumises qui sont à risques pour la dépression mais bien celles qui tentent d'obtenir de l'aide. Nous avons rencontré une situation similaire lors d'une recherche auprès de collégiens en ce qui concerne les relations avec le réseau suite à une peine d'amour. Les sujets qui n'étaient pas suicidaires et qui avaient donc les meilleures ressources personnelles ne recherchaient pas d'aide parce qu'ils croyaient qu'il n'y avait rien à faire et que seul le temps pouvait soigner ces blessures.

LE CAS DU CONFIDENT

On reconnaît généralement que chez les adultes des sociétés occidentales modernes, le conjoint marital jouit d'un statut particulier dans le réseau de soutien social. La présence d'un confident signifie aussi que la relation maritale fonctionne bien et ce facteur s'avère un bon prédicteur de la santé mentale. La recherche de Brown et Harris (1978) est l'exemple le plus probant de cet avancé. Les femmes de Camberwell (Londres) qui sont affectées par des événements sérieux et qui jouissent du soutien d'un confident marital ont dix fois moins souvent le diagnostic d'une dépression clinique que les femmes atteintes par les évévements similaires qui ne comptent pas sur un tel confident. D'autres études ultérieures contiennent des résultats similaires: la dépression post-partum, par exemple, est associée à l'absence du soutien d'un conjoint (voir Leavy, 1983).

Les résultats concernant la présence d'un confident marital ou d'autre provenance vont dans le même sens. Les dépressifs soutenus par un confident sont moins sujets à commettre une tentative de suicide que ceux qui ne le sont pas (voir Leavy, 1980). Par ailleurs, les personnes qui sont hospitalisées pour dépression s'en remettent plus rapidement avec la présence d'un confident, et cela d'autant plus si une situation anxiogène continue de persister après l'admisson (Surtees, 1980).

Par contre, s'il y a absence du conjoint pour des périodes plus ou moins longues reliées à l'emploi cela ne semble pas faire augmenter le taux de cas psychiatriques chez les épouses. Les médecins généralistes, sur la base de quelques cas d'épouses de militaires, d'exécutifs ou de marins, jettent souvent un cri d'alarme et croient que toute cette sous-population de 'veuves' vit une situation désespérante: c'est le phénomène de l'iceberg inversé où les cas apparents sont bien plus fréquents que les cas invisibles. A l'époque du boom pétrolier à Aberdeen (Ecosse), les médecins de la ville étaient obsédés par le "syndrome du mari intermittent". Les observations épidémiologiques ne purent cependant établir aucune différence entre les épouses des travailleurs en haute mer et celles des maris oeuvrant sur place (Taylor, 1983). Il y avait autour de 19 % de cas psychiatriques dans le premier groupe, ce qui se situe dans les normes. Comme il peut sembler logique, les femmes nouvellement mariées avec de jeunes enfants et vivant l'expérience pour la

première fois étaient plus vulnérables. A remarquer que les signes de stress (troubles de sommeil et anxiété), lorsque présents, se manifestent non seulement au cours de l'absence mais également lors du retour à cause de la nécessité à se réadapter à la vie à deux.

LES VIVANT SEULS

La situation des personnes seules à la maison est particulier au contexte urbain moderne et ce phénomène va en augmentant avec les nouvelles formes de vie familiale et de mobilité géographique que nous connaissons. Ces faits paraissent inquiétants à plusieurs égards. En effet, l'épidémiologie psychiatrique n'a-t-elle pas maintes fois démontré qu'une telle isolation est associée à des plus hauts taux de psychopathologie. Depuis l'étude de Faris et Dunham (1939), on remarque que les cas psychotiques se retrouvent dans les régions urbaines avec plus fortes concentrations de personnes seules. Le facteur de sélection peut entrer en ligne de compte, ces patients se concentrant dans les agglomérations qui offrent des chambres à louer. L'étude de Kohn et Clausen (1955) montre également que les schizophrènes et les maniaco-dépressifs se retrouvent déjà isolés socialement dès l'âge de 13-14 ans. L'isolation sociale ici ne serait donc pas une cause mais le produit du facteur de sélection.

Les états mentaux graves ne sont pas les seuls où l'association avec les vivant seuls est élevée. C'est également le cas pour le suicide et les tentatives de suicide. Une série d'études menées indépendamment dans les villes de Londres, Chicago et Mannheim démontre des taux beaucoup plus fréquents dans les quartiers où il y a davantage de gens qui vivents seuls (Tousignant et Mishara, 1981). Hughes et Gove (1981)rappellent que ces associations valent également pour les statistiques portant sur la mortalité, le crime et les traitements psychiatriques.

Il faut noter ici que les vivant seuls comprennent évidemment des célibataires, ainsi que des séparés, des veufs et des divorcés, catégories qui habituellement présentent des plus hauts taux de problèmes psychiatriques. Il serait donc injuste de les comparer avec la moyenne de la population qui comprend un haut pourcentage de gens mariés. Il est donc plus approprié, pour évaluer la situation des ménages solitaires, de les comparer avec un échantillon de même statut marital comme cela est fait par Hughes et Gove (1981) à partir d'un échantillon national américain. Leurs résultats sont standardisés en fonction de l'âge et du statut socio-économique.

Avant de comparer les indices de santé mentale, ces chercheurs ont vérifié s'il y avait présence d'un facteur de sélection. En effet, est-ce que des traits de personnalité indésirables ne condamnent pas une catégorie de personnes à vivre seul? Ou encore le manque d'argent, une

éducation moindre, la présence d'une enfance malheuse et l'absence de perspectives d'ascension sociale. Aucun de ces facteurs ne distinguait les deux groupes au point de départ.

Quand donc on compare les vivant seuls à ceux qui vivent avec d'autres à l'intérieur des catégories maritales célibataires, veufs, séparés et divorcés, les vivants seuls s'en tirent mieux sur 21 des 36 mesures de santé mentale utilisées. Si l'on ne tient pas compte du veuvage, les vivant seuls ne sont pas différents des gens mariés. Donc, le ménage solitaire n'est pas nécessairement un mauvais arrangement de vie du point de vie de la santé mentale.

Le désavantage des non-mariés vivant avec une ou plusieurs autres personnes tiendrait aux demandes excessives de l'entourage et au manque d'intimité. Les veuves par exemple vivent souvent avec leurs enfants adultes, les divorcés avec de jeunes enfants (situation monoparentale), et les célibataires n'ont parfois pas quitté leurs parents qui bon an mal an continuent d'excercer un contrôle sur eux. Il est facile de concevoir que les personnes seules peuvent acquérir une certaine autonomie dans leurs relations sociales en se sentant plus libres d'accueillir qui ils veulent sans contrainte, ce qui rend leur isolation bien relative.

Comment alors expliquer les plus hauts taux de suicide, d'hospitalisations psychiatriques et de mortalité chez les ménages solitaires. Hughes et Gove (1981) soulignent à cet égard que l'avantage de vivre avec d'autres (en dehors d'une relation de couple) tient moins à la disponibilité d'un soutien émotif qu'à la présence instrumentale d'une surveillance qui rend le suicide plus difficile, qui favorise l'hospitalisation s'il y a crise psychotique et qui fait pression pour que les maladies soient traitées précocement.

Ces argumentss sont parfois employés pour expliquer le nombre peu éleve de suicides dans certains pays du Tiers-Monde comme en Afrique Noire. En milieu rural traditionnel, ce serait moins l'absence de situations suicidogènes qui expliquerait le petit nombre de cas que le fait que la vie en groupe exerce une constante vigilance sur les mouvements de chacun.

LES RAISONS DE L'EFFICACITE DU SOUTIEN

Si les études anglaises et australiennes s'appuient sur la théorie de l'attachement de Bowlby, on doit remarquer une absence relative de fondements théoriques dans la littérature sur le soutien social. Mais qu'est-ce qui fait que ce soutien contribue à une meilleure santé physique et mentale? Est-ce qu'il diminue directement l'impact psychologique de l'événement? Nous avons considéré cette hypothèse en analysant l'effet-tampon. Voyons maintenant quelques autres explications possibles dont la portée est encore à vérifier.

L'un des principaux effets de l'échange avec l'entourage réside au niveau de l'identité et de l'estime de soi reconnus comme des éléments centraux dans l'acquisition et le maintien de la santé mentale. A cet égard, le réseau peut agir de différentes manières. Ainsi, l'étude de Walker et coll. (1977) auprès de veuves illustre comment un réseau dense permet de jouir d'un bon appui émotif suite au décès du conjoint. Par contre, les veuves bien entourées arrivent moins bien à se sortir de leur identité de veuve pour se refaire une autre image sociale mieux adaptée à la société urbaine moderne. C'est pourquoi les veuves avec un réseau plus large et moins dense ont une plus grande facilité à se créer une image de non-veuve parce que le réseau leur rappellera moins souvent ce statut. Il semble donc qu'il y ait un type de réseau spécifique qui soit fonction du type d'identité que l'on veut se donner. On a ainsi trouvé que les femmes séparées qui préfèrent un rôle traditionnel sont mieux adaptées si elles resserrent leur réseau autout de la parenté tandis que les femmes moins conservatrices dans leurs attitudes s'accommodent mieux d'un réseau élargi qui les ouvrira à toutes sortes de nouveaux horizons (McLanahan et coll., 1981).

Le soutien social permet également de mieux utiliser les stratégies d'adaptation dont parle Lazarus et Folkman (1985). Jung (1984) en énumère quelques-uns: le réseau soutient l'espoir et la foi, il stimule, il réduit l'anxiété, il offre des possibilités de distraction et il permet un point de référence de comparaison sociale, ce qui permet de relativiser notre sort par rapport aux malheurs des autres. C'est de cette façon que l'on pourra réduire l'impact des événements (effet-tampon).

Il est important de réfléchir plus avant sur la valeur de stimulation du réseau social dans le contexte des recherches sur le rôle des émotions dans la guérison des maladies. Nous avons vu plus haut que les patients soumis à une chirurgie qui manifestent des émotions ont un meilleur prognostic que ceux qui sont stoïques. Or, c'est peut-être là l'une des fonctions principales de l'entourage que de maintenir l'organisme en activité en provoquant chez lui toute une gamme d'émotions qui auront un effet sur son système d'immunisation. Vu dans cette pespective, il y aurait lieu de ne pas simplement réduire le processus du deuil à un bris d'attachement dramatique, mais également à la perte d'une personne qui connaissait les moyens d'induire dans la trame de la vie quotidienne une série de réactions émotives qui ne retrouvent plus après la disparition de cette personne aucun moyen d'être mises en branle. L'organisme par la suite se déprimerait, au sens aussi bien physique que psychologique, ce qui expliquerait la baisse des réponses immunitaires et la hausse de mortalité chez les veufs dans la première année après le décès de l'épouse. Cette perte serait d'autant plus prononcée qu'à la période de la vieillesse, il serait difficile pour une autre personne d'occuper cette fonction de stimulation.

Par ailleurs, on peut se demander si c'est ce qui se passe au plan du discours entre deux personnes qui agit ou plutôt des aspects plus proprement symboliques de leur relation. Chez les

collégiens, c'est souvent plus la proximité physique ou le contact physique entre deux corps que de longs échanges qui sont appréciés (Hanigan et Tousignant, 1986) parce qu'ils symbolisent l'importance que l'on pourra avoir pour l'autre. Comme on le répète souvent, c'est l'aide perçue ou disponible qui est importante, autant et plus parfois que l'aide réellement donnée.

Enfin, nous possédons encore peu de connaissances sur les milieux écologiques qui favorisent le soutien social. Le climat social d'une institution ou d'un quartier est fort important pour encourager des milliers d'interactions quotidiennes qui auront des conséquences certaines. Ainsi, l'organisation sociale des écoles influence les rapports direction-professeurs et professeurs-écoliers au point d'avoir des effets sur le taux de comportements déviants (Rutter, 1979). Au niveau des quartiers, Bouchard () a démontré comment les milieux où les gens se voisinent présentent moins de comportements d'abus d'enfants que les milieux plus isolés socialement, même si les conditions socio-économiques sont sensiblement égales.

CONCLUSION

Si le soutien social ne peut plus être considéré comme le baume à tous les maux, il est certain que c'est un élément contribuant à la bonne santé mentale. L'importance exacte de son rôle est encore à démontrer cependant. Par exemple, est-ce que le soutien joue un si grand rôle s'il n'y a pas d'élément social aggravateur dans le réseau? Autrement dit, l'important ne serait pas tant de secourir les gens que d'éliminer dans leur réseau les conflits actuels.

Par ailleurs, quand le soutien ne peut être efficace qu'à des conditions bien spécifiques. Il faut qu'il corresponde au type de besoin ressenti et il faut que le receveur puisse avoir un sentiment d'interdépendance suffisamment développé pour pouvoir accepter une aide sans atteinte à son orgueil ou sans se sentir endettée moralement d'une façon inconsidérée. C'est pourquoi, les personnes qui possèdent les meilleurs ressources psychologiques sont probablement celles qui sont les plus à même de profiter du soutien qui se présente. Cette réflexion amène à considérer que le soutien social peut être le produit des ressources psychologiques d'une personne. Quelqu'un d'autonome, sûr de soi, plein d'entregent, saura accumuler ce capital social qui lui servira en temps et lieu.

Au niveau de la recherche, il y a place pour analyser plus en profondeur le processus chronologique des rapports de soutien et dépasser le niveau des grandes analyses corrélationnelles auxquelles nous avons été habitués jusqu'à présent. Car à chaque étape d'une expérience difficile correspond une forme de soutien adaptée. Ainsi, certaines personnes ont besoin de solitude en début de crise afin de pouvoir se retrouver (Jung, 1984). Dans le cas du grand fumeur ou de

l'homme aux prises avec un problème d'alcool, une forme contraignante de soutien peut être mal perçue au départ et considérée bienvenue plus tard par la victime parce que l'effort têtu du partenaire signale en même temps une sympathie et une préoccupation authentique avec le problème de l'autre.

Mais ce qui fait encore le plus problème c'est l'esquisse d'une théorie sur lequel s'appuieront les travaux futurs. On prend pour acquis que le soutien social est un pré-requis à la santé mentale sans préciser pour quelles raisons. Forcer les chercheurs à comprendre pourquoi aidera à poser les jalons de voies de recherche et de réflexion plus précises et à amener une contribution plus riche aux practiciens.

CHAPITRE 2
BILAN THEORIQUE ET EVALUATIF DES STRATEGIES D'INTERVENTION FAISANT APPEL AU SOUTIEN SOCIAL

INTRODUCTION

Le but de ce travail est de produire une synthèse de différentes études évaluant l'impact des interventions basées sur le soutien social. Afin de situer le contexte, nous parlerons d'abord de l'intérêt croissant que partagent les pays industrialisés pour ces nouvelles stratégies d'intervention. En second lieu, nous présenterons différentes classifications d'interventions qui nous permettront de mieux comprendre comment les résultats des nombreuses études sur le soutien ont permis l'identification de diverses stratégies d'action.

Nous aborderons ensuite de façon détaillée les principales stratégies d'intervention mises sur pied et/ou évaluées, en identifiant les avantages et désavantages de chacune. Dans certains cas ces évaluations sont rigoureuses et systématiques; très souvent cependant, elles reposent principalement sur les impressions cliniques des intervenants impliqués, ou sur les rapports de satisfaction des individus-cibles. Nous tenterons, autant que possible, de décrire uniquement celles qui sont plus rigoureuses, en incorporant les conclusions de quelques autres auteurs.

Dans les sections suivantes, certaines questions actuelles seront débattues à savoir la juste place que doit ou non prendre le secteur d'aide informelle par rapport au secteur traditionnel, la possibilité et la désirabilité d'une collaboration entre ces deux secteurs, les conditions requises pour favoriser cette collaboration, et enfin le rôle de l'Etat dans la promotion de ces nouvelles stratégies d'action. En conclusion, quelques recommandations seront formulées pour favoriser une utilisation plus étendue du soutien social dans les interventions sociales et de santé mentale.

LES APPLICATIONS DU SOUTIEN SOCIAL: UN INTERET CROISSANT

L'état de la question

Depuis quelques années, plusieurs types d'intervention fondés sur la mobilisation du soutien social existant ou la création de réseaux de soutien informel se sont développés. Ils visent soit une population générale, soit des sous-populations dites à hauts risques. On les appelle tantôt interventions de réseaux ou auprès de réseaux, interventions de soutien ou thérapies de réseau; on

inclut aussi parmi ces interventions les groupes d'entraide ou d'aide mutuelle et les mouvements d'aide bénévole créés au besoin par des professionnels ou des leaders naturels.(1)

Ce mouvement s'observe dans la plupart des pays industrialisés et réflète, un intérêt croissant de la part des administrateurs publics et des professionnels en faveur du soutien informel et de ses applications. Et en effet, on ne compte plus les études, les écrits, les projets-pilotes et les conférences nationales ou internationales sur la question. Katz (1984) (qui étudie les conclusions de la conférence internationale sur le "Role of Self-Help and Mutual Aid in Contemporary Society", Yougoslavie,1979), dénote un tel intérêt dans la plupart des pays industrialisés: au Royaume-Uni, en Australie, en Allemagne de l'ouest, en Hollande, en Belgique, au Canada, aux Etats-Unis, au Danemark, en Israel, en Nouvelle-Zélande, en Norvège, en Suède, en Finlande, aux Phillipines, au Salvador et en Yougoslavie.

Cet intérêt soudain a suscité, de la part de quelques auteurs mais plus particulièrement des groupes d'entraide eux-mêmes, des interrogations parfois non dénuées de méfiance. Ces craintes sont d'ailleurs en partie fondées car la tentation est grande de ne voir dans les réseaux informels qu'une main-d'oeuvre à bon marché (Guay, 1984). On remet par ailleurs en question, le bien fondé d'une nouvelle "intrusion de l'Etat" (Gottlieb, 1985a).

Facteurs explicatifs

Trois types de facteurs soutendent cet intérêt croissant. Un premier motif est la conséquence des *limites mêmes du système de services sociaux et de santé des sociétés industrielles* (Chapman et Pancoast, 1985; Gartner et Riessman, 1984; Guay, 1984; Katz, 1984; Naparstek et col., 1982; Pinker, 1985; Todres, 1982; Walker, 1985). Dans la majorité de ces pays, la santé mentale est devenue une industrie où les professionnels et les agences publiques possèdent seuls la connaissance et la technologie, tandis que les consommateurs possèdent les problèmes . L'Etat y a un rôle étendu, celui de procurer des services à toute une population considérée en droit d'en bénéficier (Katz, 1984 dans Pinker, 1985).

C'est dans les années d'après-guerre, période de renouveau économique, que l'on assiste au Québec à une prise en charge massive par l'Etat, devenu un énorme Etat-providence, des besoins sociaux et de santé de la population (Guay, 1984). Un scénario semblable est rapporté dans d'autres pays industrialisés dont les Etats-Unis et le Royaume-Uni (Katz, 1984; Walker, 1985). La population bénéficiant de tels services au Royaume-Uni a presque doublé entre les années 1940 et 1984, pour se situer aux alentours de 60% (Walker, 1985).

Cependant, force est de constater aujourd'hui que ce changement ne fut pas des plus réussis. Au cours de la dernière décennie, ce modèle de distribution des services a essuyé bien des critiques. On le dit trop bureaucratisé, fragmenté, éloigné des consommateurs, inaccessible, créateur de dépendance, monopolisateur, sur-professionnalisé, non productif, générateur d'apathie dans la population, gaspilleur, etc (Gartner et Riessman, 1984; Naparstek et col., 1982; Todres, 1982). On reproche de plus à ces services de se restreindre aux interventions limitées à un colmatage de besoins et qui ne sont ni vraiment curatives ou préventives. La principale cause de cette faillite est la perte graduelle de responsabilité de la population sur sa propre santé et son bien-être suite à l'emprunt irréfléchi de modes de fonctionnement et de gestion typiques aux entreprises industrielles (Guay, 1984).

Un second facteur explicatif de ce nouvel intérêt tient à une certaine *augmentation de la demande;* dans la période de difficultés économiques actuelle, les problèmes multiples augmentent en quantité comme en sévérité, le nombre d'effectifs diminue et les intervenants professionnels disponibles démontrent tous les signes d'épuisement professionnel (Guay, 1984). Parallèlement, des changements socio-démographiques (hausse du taux de séparation et de divorce, vieillissement de la population) viennent encore grossir les besoins de la population (Walker, 1985). Il y a non seulement augmentation de la prévalence des maladies et des désordres chroniques, mais des adaptations de plus en plus grandes sont requises de la part de l'entourage des personnes touchées (Gottlieb, 1985a) (l'auteur juge paradoxal cependant, que l'on considère les réseaux comme potentiellement aidants seulement maintenant, alors que les liens familiaux et de voisinage sont quelque peu détériorés). Or, la situation économique actuelle de nos sociétés ne permet plus d'augmenter encore les services de l'Etat et l'on remet maintenant en question son rôle de pourvoyeur principal (Walker, 1985). La plupart des sociétés industrielles doivent donc faire face à la nécessité de réorganiser, en profondeur, leur système de services formels.

Enfin, un troisième facteur peut expliquer en partie la montée de l'intérêt pour les applications possibles du soutien informel. Les évidences considérables quant à son *rôle bénéfique ou protecteur pour la santé physique et mentale*, démontrées par les études des vingt dernières années, en font une solution éventuelle aux problèmes cités.

Soutien informel: avantages et limites

Les groupes d'entraide et les interventions variées auprès des réseaux familiaux ou de voisinage ont l'avantage de *réduire le monopole du contrôle social* des professionnels, en

augmentant l'utilisation des ressources naturelles d'aide (Katz, 1984). La *dépendance n'y est plus encouragée* comme dans le modèle traditionnel, le consommateur étant très souvent à la fois receveur et donneur (Gartner et Riessman, 1984). Ces réseaux, qu'ils soient naturels (c'est-à-dire constitués de parents et d'amis) ou créés (les groupes d'entraide variés), peuvent aussi devenir des *ressources greffées à la vie quotidienne*, et non plus uniquement des ressources de crise (Chapman et Pancoast, 1985).

Gottlieb (1983) identifie cinq avantages du système informel sur le formel: son *accessibilité naturelle*, sa *congruence avec les normes locales, son enracinement dans des relations à long terme*, les *formes variées* qu'il peut prendre et son *indépendance face aux coûts économiques et psychologiques* . On peut ajouter encore la *réciprocité du soutien* (Rook et Dooley, 1985). Cette stratégie d'intervention attire par ailleurs plusieurs professionnels conscients de leur propre impuissance et du fossé qui les sépare de la population qu'ils cherchent à aider. La situation est différente avec l'aide informelle parce que les *problèmes sont souvent partagés par les aidants* (Guay, 1984). Les réseaux de soutien informel constituent une solution attrayante aux problèmes majeurs du système de services formels (Gartner et Riessman, 1984). L'existence même des nombreux groupes d'entraide indépendants illustre les limites de ce système formel et la nécessité de redonner aux individus et aux collectivités, contrôle et pouvoir décisif sur leur propre destinée (Katz, 1984). Les nouvelles pratiques exigent par contre que l'on tienne compte de la diversité et du potentiel des communautés, par l'implication des citoyens tant dans la réception que dans l'apport d'aide et la collaboration entre professionnels et aidants naturels (Naparstek et col., 1982).

Il faut se garder cependant de surestimer les promesses du soutien informel et d'y voir la solution miracle aux problèmes sociaux et économiques de nos sociétés industrielles (Bozzini et Tessier, 1985; Brownell et Shumaker, 1985; Hirsch, 1985; Hobfol, 1985; Walker, 1985). Les relations d'aide naturelles ne sont pas automatiquement plus efficaces que l'aide ou les soins du secteur formel; de nombreuses études en ont démontré les limites et les impacts parfois négatifs (Walker, 1985). Le succès de ces pratiques dépend largement de la volonté et de la *capacité de la communauté impliquée d'assumer la responsabilité des soins ou du soutien* (Gottlieb, 1985a). Il peut donc y avoir des limites situationnelles. Certaines *caractéristiques individuelles* (faible estime de soi, manque d'habiletés sociales....) peuvent aussi restreindre l'utilisation du soutien informel (Bozzini et Tessier, 1985; Hobfol, 1985). Enfin la *stigmatisation sociale*, qui accompagne souvent certains *événements critiques* ou certaines transitions, est une barrière additionnelle. Il faut également souligner les *difficultés* de conceptualiser et de mettre en pratique une *collaboration fructueuse entre les intervenants professionnels et les aidants informels* (Tennant et Bayley, 1985).

Le recours au soutien pour réduire l'impact d'un stress ne devrait pas empêcher par ailleurs les actions plus difficiles mais tout aussi importantes, axées davatange sur la *diminution des sources de stress* et *l'amélioration de la qualité de la vie* (Hirsch, 1985). Aussi les efforts pour augmenter la quantité et/ou la qualité du soutien social devraient-ils être inséparables des efforts visant à améliorer la qualité de la vie. Il est faux de croire qu'une modification des structures des réseaux d'aide informelle est toujours moins coûteuse que la modification des conditions génératrices de stress (Rook et Dooley, 1985).

EVENTAIL DES STRATEGIES D'INTERVENTION UTILISANT LE SOUTIEN SOCIAL

La variété des approches étant très étendue, un effort de classification s'impose au départ. Certains projets ont tenté, par exemple, d'enseigner aux aidants naturels d'un quartier (coiffeurs, prêtres, etc) à développer des interventions plus efficaces. Ces projets visent une *amélioration de la qualité d'un soutien social existant.*. D'autres s'attardent plutôt à créer des réseaux de soutien par la formation de groupes d'entraide ou de relations dyadiques particulières; ils visent donc l'*augmentation de la quantité de soutien disponible*. D'autres interventions enfin, plus proches des thérapies conventionnelles, utilisent les réseaux familiaux et de voisinage pour résoudre le problème d'un individu focal; ce sont les thérapies de réseau proprement dites. Ces interventions favorisent la *mobilisation du soutien existant*. Nous reprendrons cette classification dans la section suivante.

Plusieurs auteurs ont tenté de classifier ces approches et stratégies en fonction de leurs principes théoriques ou de leurs objectifs (Cohen et Sokolovsy, 1981; Froland et col., 1979 dans Cohen et Sokolovsky, 1981; Gottlieb, 1986; Rook et Dooley, 1985). Rook et Dooley (1985) proposent une classification à trois niveaux. En premier lieu, ils classent les différents types d'intervention *selon la population à laquelle ils s'adressent* (similairement à Gottlieb, 1986). Il

visés, les interventions peuvent s'attarder à améliorer le soutien existant, à créer un réseau de soutien quand il est au départ absent ou inadéquat, ou encore à favoriser l'utilisation du soutien lorsqu'il est déjà disponible mais inutilisé. On peut aussi maximiser la probabilité d'intervenir efficacement en combinant plusieurs de ces objectifs car très souvent on trouve à la fois des lacunes au niveau de la quantité, de la qualité et de l'utilisation du soutien.

Une classification est faite en troisième lieu par Rook et Dooley (1985) *selon la cible de l'intervention*. Le travail peut être fait directement auprès des individus ou auprès de son réseau. Dans le premier cas, le soutien est considéré surtout fonction des caractéristiques de l'individu, de ses compétences à s'entourer de personnes soutenantes et à demander l'aide dont il a besoin; en conséquence, les interv entions visent alors à favoriser la perception du soutien disponible dans un entourage, ou encore à enseigner des compétences spécifiques. Dans le second cas, le soutien est conçu comme largement fonction de l'environnement et les interventions tentent alors de modifier celui-ci de façon à améliorer la qualité et/ou la quantité du soutien.

Partant d'une classification similaire (de Froland et col., 1979), Cohen et Sokolovsky (1981) résument les différentes stratégies possibles selon qu'elles se mettent l'accent sur:

1) individu/famille et réseaux existants: interventions utilisant le réseau d'aide individuel ou familial isponible
2) individu/famille et réseaux créés: interventions visant à créer des liens soutenants pour l'individu ou sa famille
3) petits groupes et réseaux existants: interventions utilisant le groupe d'entraide ou d'aide volontaire existants
4) petits groupes et réseaux créés: interventions visant à regrouper des individus similiares pour fins d'entraide
5) communautés et réseaux existants: intervention utilisant les figures centrales de la communauté
6) communautés et réseaux créés: interventions visant à mettre sur pied des organisations communautaires représentatives.

L'évaluation des ressources naturelles potentielles dans le réseau des individus-cibles est rarement réalisée avant la mise sur pied d'une intervention. Une telle évaluation peut néanmoins révéler l'existence dans le réseau actuel de liens aidants qui peuvent servir de leviers, ou de liens conflictuels qui amplifient le stress (Gottlieb,1986). Elle est utile dans le choix de l'approche la plus adéquate. Tennant et Bayley (1985) proposent une grille facilitant les décisions à prendre. Si le

réseau est stable et qu'il contient des aidants actifs, l'implication des intervenants est inappropriée, à moins que le réseau informel soit déjà sur-utilisé. L'emphase doit alors être mise sur le soutien aux aidants informels. Par contre, si le *réseau est stable mais qu'il y a peu d'aidants actifs*, les intervenants tenteront plutôt de susciter une plus grande collaboration à l'intérieur de ce réseau. Enfin, si le *réseau est peu stable et peu actif*, l'aide informelle y est probablement absente et l'emphase sera alors mise sur la formation de groupes d'entraide ou de mouvements de soutien volontaire.

Dans tous les cas, le choix de l'intervention doit tenir compte à la fois des *caractéristiques des individus-cibles*, des *demandes inhérentes* à la condition stressante et des *caractéristiques de l'environnement social* dans lequel vit l'individu (Gottlieb, 1986).

INTERVENTIONS UTILISANT LE SOUTIEN SOCIAL

Dans cette section, cinq types d'interventions plus courantes sont détaillées, soit: l'intervention de réseau, les groupes d'entraide, le parrainage, les interventions auprès des aidants naturels et le counselling par les pairs. Pour chacune d'elles, nous résumons d'abord les principes théoriques et les particularités, pour faire ensuite le point sur les études évaluatives qui s'y rapportent.

les thérapies de réseau

a) principes théoriques et particularités:

Speck et Attneave (1973) ont développé les premiers jalons de la thérapie de réseau, appelée aussi intervention de réseau (Cohen et Sokolovsky, 1981; Garrison, 1981; Guay, 1984; Schoenfeld et col., 1985). Ces thérapeutes de la famille ont vite senti le besoin de déborder de ce cadre pour impliquer aussi toutes les personnes de la communauté qui étaient prêtes à aider (Guay, 1984). (2) Malgré un essor assez lent, on en retrouve des applications cliniques auprès de patients schizophréniques (Speck et Attneave, 1973), ou souffrant d'autres problèmes psychiatriques, et auprès d'étudiants en difficultés émotionnelles, d'individus suicidaires, d'adolescents perturbés, de personnes âgées (Garrison, 1974). D'autres enfin utilisent ces stratégies en intervention préventive (Caplan et col., 1975 dans Garrison et Werfel, 1977).

Plusieurs techniques particulières ont été mises sur pied (Beels, 1981; Blanchet et col. 1982; Garrison, 1981; Hemley Van der Velden et col., 1984; Hurd et col., 1981; Rueveni, 1979; 1984; Trimble, 1981). Certains modèles (Garrison, 1981) visent surtout une résolution de problèmes collective (le réseau étant réuni pour trouver les solutions possibles aux problèmes concrets présentés par un individu ou une famille cible). D'autres modèles se concentrent sur la résolution de problèmes émotionnels (Rueveni, 1984). Pour d'autres enfin, le but premier des rencontres est de dissoudre les relations pathologiques et de reconstituer le réseau désintégré en une unité fonctionnelle et soutenante (Blanchet et col., 1982; Guay, 1984; Schoenfeld et col., 1985) ou de promouvoir un "coping" actif et réaliste et l'utilisation des ressources instrumentales que représentent la famille, les amis, les professionnels ou agences communautaires (Garrison et Werfel, 1977).

Les personnes réunies peuvent être des membres de la famille ou de la famille élargie, des amis, des voisins ou de simples connaissances. Jusqu'à 80 personnes sont parfois invitées, bien que certains cliniciens préfèrent travailler avec les réseaux partiels regroupant au maximum 20 personnes (Cohen et Sokolovsky, 1981). On essaie d'assurer à chaque membre de la famille nucléaire, la présence d'un membre personnellement soutenant (Garrison et Werfel, 1977) et d'inclure autant d'individus très impliqués émotivement par le problème (généralement l'individu cible et sa famille) que de membres moins impliqués.(3) Chaque rencontre est guidée par un professionnel dont le rôle est de coordonner l'assemblée et de faciliter les interactions (Garrison et Werfel, 1977), ou par une équipe de thérapeutes (Rueveni, 1984). Les critères pour choisir une telle intervention plutôt qu'une autre dépendent de l'individu concerné, des aidants impliqués mais aussi de la culture dans laquelle s'intègre l'intervention (Garrison et Werfel, 1977).

b) les évaluations:

Pour certains, la thérapie de réseau est une méthode coûteuse en termes de temps et de ressources impliquées (Cohen et Sokolovsky, 1981) mais d'autres croient, au contraire, qu'elle règle certains problèmes relativement vite et sans trop de dépenses d'énergie (Blanchet et col., 1982). Le manque d'évaluations systématiques des effets à court et long terme constitue cependant la principale limite des études recensées.

Entre mai 1978 et juillet 1979, Cohen et Sokolovsky conduisent un programme expérimental d'intervention de réseaux, pour les personnes agées du centre-ville de Manhattan qui habitent les "SRO Hotels" (chambres à loyers modiques pour les personnes économiquement défavorisées). Les 156 vieillards sélectionnés pour l'intervention représentent, en fait, la moitié de tous les

résidents âgés de ces hotels. Ils font face à des problèmes variés: difficultés émotionnelles, de santé physique, de revenus, d'habitation insalubre, etc. Les auteurs initient à cette approche deux travailleurs sociaux, qui s'impliqueront ensuite dans l'intervention. Les détails de l'étude évaluative effectuée sont rapportés par Cohen et Adler (1986). On classe chaque intervention effectuée dans l'une des catégories suivantes: 1) aucune intervention de réseau n'est tentée, 2) un problème spécifique a pu être réglé par un contact avec le réseau, 3) le client accepte l'intervention de réseau mais se désiste ensuite, 4) le client échoue à obtenir l'implication du réseau, 5) le client et son réseau échouent à régler le problème.

Les résultats de cette expérience sont plutôt décevants. Les auteurs concluent qu'*au moins pour certains groupes de personnes, l'intervention de réseau n'est peut-être pas très efficace car seulement 19% des problèmes ont pu être solutionnés avec succès par ces techniques* (surtout les problèmes concrets comme les déménagements, les besoins d'information, etc). Pour expliquer cet échec partiel, les auteurs soulignent la méfiance de plusieurs personnes âgées à l'égard des travailleurs sociaux perçus comme les représentants du gouvernement, et le fait que plusieurs sujets n'étaient pas conscients du soutien que représentaient pour eux les contacts sociaux. De plus, certains problèmes sont considérés par les personnes âgées comme du domaine privé et elles se montrent réticentes à les discuter "en public" (les problèmes monétaires par exemple). Bref, les résultats indiquent qu'il faut analyser le *type et l'urgence du problème, les caractéristiques du client, ses valeurs et son niveau de confiance* dans ce type d'intervention, avant de choisir cette approche (Cohen et Adler, 1986).

Schoenfeld et ses collègues initient en 1981 un projet d'intervention de réseaux qui s'adresse à une population psychiatrique fréquentant un centre de services. On y offre déjà des interventions de crise, des évaluations cliniques, et des services de soutien communautaires.(4) Douze patients (d'en moyenne trente ans) sont sélectionnés parmi des psychotiques, des adolescents délinquants et des déprimés suicicaires pour participer à des rencontres réunissant certains membres de leur réseau (Schoenfeld et col., 1985 Pour évaluer l'efficacité de leur projet, les auteurs comparent la quantité et le type de services utilisés à l'Institut ou à l'extérieur, avant la thérapie de réseau, trois mois après (post-test) et six mois plus tard (suivi). Les auteurs croient que si leur projet est efficace, il y aura diminution significative de l'utilisation des autres services puisque les individus auront appris à utiliser leur propre réseau d'aide informel. (5)

Les résultats au post-test indiquent une *diminution significative de cette utilisation de services* (internes et externes). Quand on compare les données du suivi à celles du pré-test, une

diminution de la consommation de 71% est démontrée, bien qu'il y ait chez certains sujets une légère augmentation (de 18%) entre les deux derniers temps de mesure. Plus particulièrement, dans la période suivant la thérapie, les *contacts téléphoniques avec les différents services internes diminuent* de 88% *et* les *contacts face-à-face diminuent de* 81%. On note en outre, que sur les cinq psychotiques, *aucun n'a dû être ré-hospitalisé,* bien que quatre d'entre eux l'aient été avant la thérapie de réseau. Il y a donc eu une diminution substantielle de l'utilisation des services suite à ces thérapies de réseau. Cette diminution n'est *pas due uniquement à une résorption spontanée des problèmes* comme le démontrent des comparaisons avec un groupe témoin, sélectionné parmi les autres bénéficiaires de l'Institut. (similaire au point de vue socio-démographique et diagnostique). Schoenfeld et col. (1985) demeurent conscients cependant, des limites considérables de cette étude: l'impossibilité d'assigner les clients au hasard dans le groupe expérimental et le groupe contrôle, l'absence de mesure standardisée pour évaluer l'impact de l'intervention, l'impossibilité de conclure sur les effets à long terme, la période étudiée étant relativement courte.

Les autres textes répertoriés sur la thérapie de réseau n'offrent que des évaluations basées sur des *impressions cliniques* et/ou limitées à des descriptions de cas; dans la majorité de ces études, *les résultats sont positifs* (Cutler et Madore, 1980; Dimmock et Dungworth, 1985; Halevy-Martini et col., 1984; Hipple, 1984; Kaffman, 1981; Trimble et col., 1984; Youngquist et Ruff, 1984). Trimble et col. (1984) présentent, par exemple, le suivi d'une famille ayant participé à une thérapie de réseau pour le problème suicidaire de leur fille ainée. Le suivi clinique (de sept mois) est basé sur les impressions du thérapeute de l'adolescente et sur des entrevues auprès de différents participants à la thérapie. On dénote plusieurs changements: le réseau habituel est plus actif (un ami a trouvé un emploi à l'adolesente), celle-ci s'est trouvée un appartement et est retournée aux études, ses parents sont fiers d'elle, les cinq frères et soeurs sont plus calmes. L'adolescente ne considère plus le suicide comme une solution acceptable; lorsqu'elle se sent déprimée, elle se tourne vers son réseau. Par ailleurs, les participants à la thérapie ont été eux-mêmes aidés puisqu'ils se tournent plus facilement vers leur propre réseau quand ils ont besoin d'aide.

Les effets positifs de la thérapie de réseau sont donc bien documentés quand il s'agit de cas particuliers. Les nombreux témoignages des cliniciens font foi d'une certaine efficacité, du moins pour certains individus et pour certains problèmes. Cependant, trop peu d'études systématiques en démontrent l'efficacité générale.

Les groupes d'entraide

a) principes théoriques et particularités:

Un type d'intervention appliquant le concept de soutien social est, de nos jours, particulièrement connu et répandu. Il s'agit des groupes d'entraide dont les formes et et les structures sont variées. On parle aussi parfois de groupes d'aide mutuelle, de groupes de soutien ou de groupes de pairs. En fait, certaines distinctions théoriques ou pratiques peuvent caractériser chacun de ces types de regroupement. Ainsi selon Borkman (1976) les groupes de soutien diffèrent des groupes d'aide mutuelle en vertu de l'implication plus grande des professionnels et le soutien apporté aux cas individuels (Gottlieb, 1986). Par ailleurs, les termes "groupe d'entraide" et "groupe d'aide" mutuelle sont souvent confondus dans les descriptions et les évaluations. Il est donc difficile de les traiter séparément. Les groupes d'entraide visent généralement l'*amélioration de la quantité d'aide disponible* dans un environnement et se concentrent *sur le réseau* plutôt que sur les ressources individuelles; en outre, ils s'adressent le plus souvent à des *sous-populations à risques*.

L'ampleur de ces groupes est énorme. L'Amérique du Nord en compterait environ 1/2 million comprenant en tout plus de 14 millions de membres qui se rencontrent pour des problèmes médicaux, personnels ou sociaux (Katz, 1981). Certains de ces groupes sont peu connus sinon des membres eux-mêmes, tandis que d'autres ont maintenant une réputation enviable; on pense par exemple à "Alcooliques Anonymes", "Parents Anonymes", "Parents without Partners" et aux "Parents et Amis des Malades Mentaux". Les pratiques d'aide mutuelle se retrouvent plus informellement encore dans les réseaux naturels (constitués de la famille, des amis) et dans une variété de groupements sociaux, éducationnels ou économiques qui sont auto-organisés et auto-gérés, notamment les coopératives de logements (Katz, 1981).

Quel que soit le nom qu'ils portent, tous ces groupes partagent plusieurs caractéristiques. Leur principe de base est qu'une personne ayant vécu ou vivant une difficulté est souvent mieux placée pour aider les autres qui font face à la même situation (Guay, 1984). Leur raison d'être repose sur la *relation entre le soutien naturel ou la participation à un groupe communautaire et la santé mentale ou physique* (Politser et Mansell-Pattison, 1980). Ces regroupements sont habituellement composés de personnes qui soit: 1) ont un *problème physique ou mental* commun, 2) tentent de *modifier une habitude de vie* nocive, 3) tentent de *réorganiser leur vie suite à un événement particulier* ou à une transition difficile, 4) tentent de *vivre auprès d'une personne sérieusement handicapée* (Gottlieb, 1985a). Les rencontres sont régulières et impliquent un partage

d'expériences, de stratégies de "coping" ou de connaissances des ressources disponibles dans la communauté. Ils sont structurés et contrôlés par les membres eux-mêmes et la provision de soutien repose principalement sur les habiletés de chacun/e (Hinrichsen et col., 1985).

Certains groupes sont catalogués groupes d'entraide ou d'aide mutuelle, même si un ou plusieurs professionnels apportent une participation active, voir un certain leadership. D'ailleurs, si plusieurs de ces groupes furent d'abord initiés par des citoyens concernés et actifs, d'autres sont issus d'associations volontaires (YMCA, églises...), d'agences publiques, d'écoles, de cliniques de santé publique ou d'hopitaux (Gottlieb, 1985a). Lorsqu'il s'agit de groupes initiés par des professionnels néanmoins, on insiste sur la nécessité d'un contrôle partagé entre ceux-ci et les aidants naturels (ici les pairs). Nous consacrerons une section spéciale à cette question de collaboration, qui semble susciter bien des débats.

Gottlieb (1985a) citant Levy (1983), souligne *l'action possible de quatre processus opérants:* le *sens de l'universalité* obtenu au contact d'autres gens partageant une même condition, l'*estime de soi et la confiance en soi* obtenues en assumant soi-même le rôle d'aidant, les observations et *comparaisons sociales* permettant des modèles de comportement mieux adaptés et le *sentiment d'appartenance* découlant d'une telle alliance.

Les principaux avantages perçus sont les suivants: 1) augmentation de la confiance en l'aide informelle, 2) réduction des inhibitions face à la recherche d'aide et encouragementles gens à régler d'autres difficultés par l'entremise de l'aide mutuelle(6), 3) diminution de l'isolement et de l'aliénation par le partage d'expériences, 4) solidification des gains personnels pouvant découler d'une aide apportée aux autres, 5) promotion d'un sentiment de maîtrise sur la situation et de nouvelles possibilités d'action (Gottlieb, 1985a; Hinrichsen et col., 1985). Toutefois, ces groupes *ne rejoignent possiblement pas tout le monde*. Les personnes qui préfèrent s'en sortir seules, celles qui manquent de confiance ou d'habiletés sociales ou verbales, et possiblement celles qui sont plus introverties ou fatalistes ne se joindront peut-être jamais à de tels groupes (Gottlieb, 1985a). Il est donc utile de savoir exactement quels groupes sont plus bénéfiques pour quelles catégories de personnes.

Politser et Mansell-Pattison (1980) proposent une réponse suite à l'étude de plusieurs groupes existants, en identifiant cinq types de groupes. Une première catégorie est constituée de groupes de nature plus politique, que les auteurs ont appelés *de défense d'intérêts*. Ils favorisent une prise de position collective, souvent en opposition avec les croyances extérieures. Ils montrent souvent peu de contrôle social interne mais une grande tolérance face à l'ambiguïté de certains

membres. Une deuxième catégorie concerne les groupes directement axés sur l'*aide mutuelle*, qui procurent avant tout un soutien face aux stress extérieurs. Ils sont souvent peu sélectifs dans l'acceptation de nouveaux membres mais demandent parfois une limitation des contacts extérieurs. En troisième lieu, il existe des groupes appelés de *convivialité* ("social communion"), dont l'intention première est de créer un contexte de rassemblement et par là, des interactions supportantes. Sont ensuite réunis dans une autre catégorie les groupes dits de *développement communautaire*, qui s'occupent surtout de planifier et de mettre sur pied des projets communautaires. Enfin, on retrouve ensemble les groupes *récréatifs*, plus orientés vers les activités de loisirs.

b) les évaluations:

Les recherches sur l'efficacité des groupes d'entraide sont nombreuses mais comportent souvent plusieurs limites. D'une part il y a peu d'entente sur les critères d'efficacité: certains choisissent la satisfaction des membres, d'autres l'atteinte des objectifs fixés par le groupe ou encore différents indices de changement psychologique. Deuxièmement, il peut être difficile de trouver un groupe de comparaison adéquat, qui soit équivalent au niveau de la motivation. Troisièmement, les études ayant recours à des témoignages de membres pour démontrer une efficacité se trouvent victimes d'un biais; en effet, les membres répondants sont probablement au départ plus satisfaits ou intéressés par leur groupe que les non répondants et par ailleurs, rares sont les groupes qui possèdent une liste d'anciens membres (pour servir de point de comparaison) ou qui peuvent indiquer les motifs de départ. Enfin, si certaines études démontrent des bénéfices psychologiques pour les membres participants, peu d'entre elles permettent de discerner si ces effets sont généralisés à tous les membres.

Certaines des études concernent des groupes déjà existants, mais la majorité sont effectuées dans le cadre d'un projet-pilote qui comprend aussi la formation d'un groupe d'entraide, d'où la difficulté de généraliser les conclusions à tous les groupes existants. Nous parlerons d'abord des études qui ont évalué l'impact de ces groupes pour des problèmes spécifiques, puis de celles qui ont plutôt comparé différents groupes.

-Transition de parentage

La transition au parentage est une expérience souvent difficile; elle requiert des ajustements à l'intérieur du couple et provoque aussi des changements dans les relations du couple avec son réseau (McGuire et Gottlieb, 1979). Plusieurs chercheurs ont tenté l'expérience d'une intervention

par l'entremise d'un groupe d'aide mutuelle pour répondre à ces situations. Certains tentent surtout de promouvoir une affiliation entre les couples qui compensera pour tout déficit de soutien dans leur réseau naturel (McGuire et Gotlieb, 1979); d'autres veulent diminuer l'isolement social et favoriser le partage d'expérience et d'information pour développer ou maintenir des compétences parentales chez les femmes vivant la transition au parentage (Wandersman, 1982) ou simplement augmenter le soutien disponible pour les jeunes mères célibataires (Henninger et Nelson, 1981). En général, les groupes d'entraide mis sur pied sont de forme et d'étendue variées et ils offrent un soutien sous forme de conseils et de discussions sur les difficultés communes, lors de réunions régulières. Comme indice d'efficacité, différentes mesures sont choisies: l'utilisation ultérieure des ressources du réseau, les niveaux de stress et de bien-être général, la satisfaction maritale, les attitudes ou compétences parentales, le nombre de grossesses subséquentes, etc. Plusieurs évaluations incluent des comparaisons avec un groupe témoin, très souvent sélectionné à partir d'une liste d'attente et la plupart incluent plusieurs temps de mesure. Les détails méthodologiques disponibles relativement à chaque étude citée ainsi qu'un résumé des principaux résultats sont présentés au tableau (voir les tableaux 1a et 1b)

Des différences significatives sont observées dans l'utilisation ultérieure du réseau informel (excluant les membres du groupe) lorsqu'on compare des couples participants à un groupe contrôle (McGuire et Gottlieb, 1979). Au post-test en effet, les participants disent *discuter plus souvent avec leur réseau* des soins de l'enfant que le groupe contrôle. Pour l'un des deux groupes d'intervention en particulier, on remarque entre les deux temps de mesure une *augmentation significative du nombre de gens avec qui lessujets peuvent discuter de parentage.* Cependant, *aucun effet significatif n'est démontré dans cette étude sur le stress perçu ou le bien-être,* ce qui peut être dû à des difficultés méthodologiques (les auteurs expliquent qu'on a démontré dans la littérature un effet protecteur du soutien seulement en présence de stress élevé). Les commentaires des couples participants sont par ailleurs intéressants. Vingt des vingt-deux participants indiquent (au post-test) que le groupe leur a *donné une chance de comparer leur expérience de parent.* En outre, ils se disent favorables à l'implication d'un professionnel en tant qu'animateur de discussion, éducateur ou membre régulier. Aucun cependant n'est favorable à l'idée qu'un professionnel dirige un tel groupe.

Le programme élaboré par Wandersman (1982) ne démontre *pas d'effet significatif sur le bien-être général, non plus que sur les relations maritales et les attitudes parentales.* par rapport au groupe témoin. Cependant, les participantes rapportent généralement de *hauts niveaux de satisfaction* pour l'aide reçue en tant que parent et en tant que personne. Wandersman (1982) passe

aussi en revue les conclusions de quelques études antérieures. Une recherche auprès de jeunes mères adolescentes démontre chez des participantes une *moins grande utilisation ultérieure de différents services formels, moins de grossesses subséquentes* et un *plus haut taux d'emploi* que dans un groupe de comparaison (Badger, 1981). Une autre étude rapporte que les couples *qui n'ont pas participé à un tel groupe suite à la naissance du premier enfant, vivent une diminution de la satisfaction maritale et parentale plus grande* que des couples participants (Coysh cité dans Wanderman, 1982). On démontre aussi un effet sur le *développement d'habilités parentales* chez des mères de classe moyenne (Cronenwett, 1980), sur l'*amélioration des relations parents/enfant* et sur le *développement de celui-ci* (Gerber, 1980). Quelques études citées *n'arrivent cependant pas à démontrer de différences* (VanDoornick et Dawson cité dans Wandersman, 1982).

Le groupe d'aide mutuelle pour les jeunes mères célibataires mis sur pied par Henninger et Nelson (1981) dans une maison de maternité de la ville de Kitchener (Ontario) semble avoir aussi des résultats bénéfiques. Ces adolescentes, sont considérées à risques élevés et reçoivent souvent peu de soutien de leur réseau habituel. Les programmes d'intervention traditionnels élaborés pour les aider s'attardent très peu à leur donner des moyens de développer leur propre système d'aide; or, les groupes d'aide mutuelle impliquent habituellement la formation de liens à long terme avec des pairs, aspect totalement absent des interventions professionnelles. Comme prévu, en comparaison d'un groupe contrôle, la participation à ce programme *augmente le soutien disponible* dans l'environnement des participantes, tant au niveau de la famille que des amis. En outre, *aucune amélioration ou détérioration n'est soulignée aux mesures de stress et d'affects négatifs* dans le premier groupe, tandis que le groupe contrôle démontre une détérioration. Enfin, 93% des participantes rapportent de *nouveaux amis* (pas nécessairement en provenance du groupe) contre 40% du groupe contrôle, tandis que 60% (versus 20%) ont commencé un *nouveau travail ou des études* et que 26.7% (versus 13.3%) ont trouvé *un appartement* hors de la maison familiale. Les participantes elles-mêmes se disent généralement *modérément ou très satisfaites* du groupe. Henninger et Nelson (1981) concluent donc que leur programme *promouvoit la santé et les compétences sociales, mais n'empêche pas à court terme les problèmes de vie que rencontrent ces jeunes mères*. Le nombre de sujets étudiés est trop limité cependant pour permettre une généralisation valable.

Les *observations directes et les entrevues cliniques* de certains praticiens auprès de participants à de tels groupes sont aussi généralement positifs. Ainsi Lipson (1982) évalue l'importance de ces groupes dans la prévention de la détresse émotionnelle de femmes ayant subi une césarienne chez deux groupes pré-existants d'une région métropolitaine de la côte ouest

américaine. La plupart des femmes interrogées (dont plusieurs sont de nouveau enceintes) ont des sentiments très négatifs face à la prochaine naissance, mais ne manifestent qu'une détresse individuelle et familiale légère. Elles disent trouver dans le groupe une *atmosphère sécurisante* et *partager leurs préoccupations sans crainte d'être incomprises*. Selon Lipson (1982), ces groupes *facilitent l'acceptation de l'expérience vécue* et la *préparation à des expériences futures plus heureuses* et ce, grâce aux cinq fonctions de soutien: l'information, le soutien émotionnel par les pairs, la présence d'un groupe de référence, le soutien apporté aux autres, l'augmentation du contrôle et du pouvoir sur sa propre vie. Si donc ces groupes *ne solutionnent pas les problèmes associés à la césarienne* et ne peuvent remplacer l'aide individuelle, ils *aident à prévenir la détresse émotionnelle* et *procurent des services variés* Sur les neufs études citées qui évaluent des groupes d'aide mutuelle pour des nouveaux parents ou des futurs parents, seulement deux études ne démontrent aucun impact bénéfique du groupe (VanDoornick et Dawson cité dans Wandersman, 1982 et Wandersman, 1982), bien qu'il y ait satisfaction des membres dans au moins une de ces deux dernières. *Ces groupes offrent donc, dans l'ensemble, des bénéfices certains* .

Les résultats des autres études sont variés et parfois contradictoires, ce qui est imputable en grande partie à la diversité des groupes étudiés et des méthodologies employées. Par exemple, l'effet de ces groupes sur le niveau de stress est tantôt élevé, tantôt absent. On peut penser comme McGuire et Gottlieb (1979) que le soutien est modérateur seulement lors d'un stress élevé et que les diverses populations n'ont pas le même niveau de stress. A ce point, toute comparaison entre les études demeure difficile. Soulignons toutefois une série de résultats non contredits, selon lesquels les groupes faciliteraient la perception ou l'utilisation du soutien disponible dans le réseau informel (Henninger et Nelson, 1980; McGuire et Gottlieb, 1979) et le développement d'habilités interpersonnelles (Cronenwett, 1980). Cela pourrait démontrer un impact positif sur les habiletés générales de "coping". Mais on demeure encore peu informé des facteurs spécifiques qui assurent l'efficacité de certains groupes. Une structure particulière est-elle souhaitable? Faut-il favoriser un leadership professionnel?...

- *Pertes affectives*

La perte d'un conjoint, par décès ou séparation, est souvent l'un des événements les plus perturbants. Elle peut entraîner une redéfinition de soi et de son rôle social, des modifications du statut économique et surtout dans les cas de séparation, des changements au niveau de l'étendue et de la composition du réseau habituel (Bloom et col., 1982). Des groupes d'entraide pour des personnes veuves, séparées ou en deuil d'un enfant ont été évalués. Parmi les mesures utilisées on

retrouve entre autres: les caractéristiques du réseau de soutien, les problèmes rencontrés (économiques, ménagers...), les symptômes psychiatriques, l'attribution du contrôle, l'estime de soi, l'intensité du deuil et l'implication sociale. Quatre des cinq études citées incluent des comparaisons avec un groupe témoin et quatre comportent au moins deux temps de mesure (la cinquième comparant plutôt différents participants selon la durée du membership avec un groupe contrôle). Les détails méthodologiques disponibles et les principales conclusions de chacune de ces études sont synthétisés au tableau (Voir les tableaux 2a et 2B).

Barrett (1978) met sur pied et évalue trois types de groupes d'entraide pour venir en aide aux veuves. Un premier groupe est appelé groupe d'aide mutuelle et a pour but d'encourager les participantes à s'entraider et à trouver des solutions à leurs difficultés communes. Le second groupe est appelé groupe de confidents; les participants y sont pairés selon leurs similarités et ont des tâches d'équipe à accomplir suivies de discussions en groupe, le but étant de faciliter le développement d'une amitié intime. (7) Un troisième groupe de discussion se rapproche plutôt des groupes de conscientisation et abordent des thèmes se référant à l'identité des femmes et aux rôles sexuels.

Chez tous les sujets, y compris celles du groupe contrôle, des différences sont notables entre les deux premiers temps de mesure. Plus spécifiquement, toutes les participantes ont démontré une *forte augmentation de l'estime de soi*, de *l'intensité du deuil* et de l'*attitude négative face au remariage*; elles montrent en outre une *diminution significative de l'orientation vers les autres* et une *augmentation de l'orientation vers soi* presque significative. Le groupe contrôle démontre aussi des différences dans le même sens, mais moindres, ce qui peut s'expliquer par le fait que ces sujets provenaient d'une liste d'attente. Des calculs additionnels démontrent que ces effets sont bien dus aux "traitements". Par ailleurs, l'aide reçue et les connaissances aquises varient selon le groupe, *les plus hauts scores se retrouvant dans le groupe de conscientisation* et les *plus faibles dans le groupe d'aide mutuelle* proprement dit. Au moment du suivi, on observe un *maintien de l'estime de soi* et des *attitudes négatives face au remariage* (8), ainsi qu'une *plus grande tendance à l'implication sociale*, chez les participantes. Celles-ci sont en outre *moins orientées vers les autres*, qu'aux mesures préalables. Les trois groupes d'entraide semblent, de plus, avoir un effet significatif sur la qualité des changements de vie; on remarque aussi une *il a confiance en soi*, des *perspectives futures plus positives*, une *augmentation des contacts sociaux*, des *retours aux études plus fréquents*, que chez les sujets du groupe contrôle. Encore une fois, c'est dans le groupe de conscientisation que les effets sont les plus remarquables.

TABLEAU I: ETUDES SUR GROUPES D'ENTRAIDE ET PARENTAGE DETAILS METHODOLOGIQUES DISPONIBLES ET PRINCIPALES CONCLUSIONS

ETUDES	GENRE D'EVALUATION	ECHANTILLON ETUDIE	RECRUTEMENT	TEMPS DE MESURE	GROUPE CONTROLE	GROUPE ETUDIE	ROLE PROFESSIONNEL	CONCLUSIC
McGuire, Gottlieb 1979	systématique, mesures subjectives et objectives	12 couples de nouveaux parents (classe moyenne)	par médecins	pré-test et post-test (5 sem. après rencontres)	12 couples de nouveaux parents (classe moyenne)	2 groupes semblables formés	médecin et sa conjointe sont facilitateurs	plus grande étendue et utilisation du réseau
Wandersman 1982	systématique, mesures subjectives et objectives	23 nouvelles mères et 18 conjoints (classe moyenne)	par médias	pré-test et post-test (après rencontres)	24 couples de nouveaux parents (classe moyenne)	groupes formés	varie de groupe en groupe	aucun effet s gnificatif ma satisfaction élevée
Badger 1981*	systématique, mesures objectives	mères adolescentes (classe défavorisée)			mères adolescentes (classe défavorisée)		varie de groupe en groupe	utilisation mo dre des resso ces formelle moins de gros ses, plus d'em
Coysh 19--*	systématique, mesures objectives	couples de nouveaux parents (classe moyenne)			couples de nouveaux parents		couple membre assure le leadership	plus grande s tisfaction ma ritale et pare tale
Cronenwett 1980*	moins systématique, mesures subjectives	couples de nouveaux parents (classe moyenne)			aucun		parents membres assurent le leadership	plus grands s timent d'univ salité et habi lités inter- personnelle

Les études suivies d'un (*) sont détaillées par d'autres auteurs

(suite page suivante)

TABLEAU I: SUITE

ETUDES	GENRE D'EVALUATION	ECHANTILLON ETUDIE	RECRUTEMENT	TEMPS DE MESURE	GROUPE CONTROLE	GROUPE ETUDIE	ROLE PROFSSIONNEL	CONCLUSIC
Gerber 1980*	systématique, mesures subjectives et observations directes	couples (classe moyenne)			couples (classe moyenne)		conseiller assure le leadership	plus grande compétence parentales e développeme de l'enfant
Van Doorninck, Dawson 19--*	systématique, mesures subjectives et obtives	mères (classe défavorisée)			mères (classe défavorisée) ne recevant que visites	combiné à visites à domicile	infirmière et travailleuse sociale assurent le leadership	aucun effet s gnificatif
Henninger, Nelson 1980	systématique, mesures subjectives et obtives	15 jeunes mères célibataires	maison de mares pré-test et ternité ou agences locales	15 jeunes mèpost-test (après rencontres)	combiné à res célibataires, ne recevant aucun traitement	auteur et pervisites à domicile	Plus grande sonnel de l'agence assurent le leadership	étendue du r seau, moins stress et d'a fects négatif
Lipson 1982	non systématique, observations directes, entrevues cliniques	femmes ayant subi césarienne, de nouveau enceintes			aucun	2 groupes préexistants combinés à soutien téléphonique	2 membres assurent le leadership	meilleure acc tation de gro sesse, moin de détresse émotionnell

Les études marquées d'un (*) sont détaillées par d'autres auteurs

TABLEAU II: ETUDES SUR GROUPES D'ENTRAIDE ET PERTES AFFECTIVES DETAILS METHODOLOGIQUES DISPONIBLES ET PRINCIPALES CONCLUSIONS

ETUDES	GENRE D'EVALUATION	ECHANTILLON ETUDIE	RECRUTEMENT	TEMPS DE MESURE	GROUPE CONTROLE	GROUPE ETUDIE	ROLE PROFESSIONNEL	CONCLUSIOI
Barrett 1978	systématique, mesures subjectives et objectives	53 veuves (durées variées)	par journeaux	pré-test et post-test (13 sem. après rencontres) suivi (6 mois après rencontres	17 veuves (durées variées) sur liste d'attente	3 types de groupes formés	étudiante en psychologie clinique est facilitatrice	plus grandes es me de soi, inter té du deuil, attit des négatives fa au remariage,im cation sociale,p dictions de sant moins orientéc vers les autre:
Vachon et col., 1982*	systématique, mesures objectives	64 veuves récentes		1 mois, 6 mois et 24 mois après décès	94 veuves récentes	groupe préexistant	membre assure leadership sur conseils professionnels	moins de symp tômes au GHC recouvrement plus rapide
Lieberman, Videka-Sherman 1986	systématique, mesures subjectives et objectives	502 personnes veuves (durées variées)	par publicité dans groupes existants	pré-test et post-test (un an après pré-test)	personnes veuves (durées variées),comparent aussi membres selon niveau d'implication	71 groupes préexistants		moins d'anxiét de somatisatio plus d'estime et maitrise de soi, bien-être et de s tisfaction de vi surtout chez le plus actifs

Les études marquées d'un (*) sont détaillées par d'autres auteurs

(suite page suivante)

TABLEAU II: SUITE

ETUDES	GENRE D'EVALUATION	ECHANTILLON ETUDIE	RECRUTEMENT	TEMPS DE MESURE	GROUPE CONTROLE	GROUPE ETUDIE	ROLE PROFESSIONNEL	CONCLUSIOI
Bloom et col., 1982	systématique, mesures subjectives et objectives	100 personnes séparées depuis 2 mois	par médias, agences publiques et praticiens	pré-test et post-test (6 mois après rencontres)	50 personnes séparées depuis 2 mois	groupes formés avec thèmes prévus et inscriptions volontaires	conseiller assure le leadership	moins de probl mes variés, me leur ajustemer psychologique satisfaction élevée
Videka-Sherman 1982	systématique, mesures subjectives et objectives	194 personnes en deuil d'un enfant, classe moyenne ou favorisée)		pré-test et post-test (un an après pré-test)	aucun, comparent membres selon durée de membership	8 groupes pré-existants		aucun effet su dépression, perc tions plus positi des changemer suivants décè

Les études marquées d'un (*) sont détaillées par d'autres auteurs

Barrett (1978) conclut donc que les trois groupes d'entraide sont *efficaces pour susciter des changements positifs dans la vie des veuves*. Il croit que la présence d'un groupe de référence facilite l'aquisition de nouvelles normes, différentes de celles qui prévalent parmi les femmes mariées. Cela peut donc, à son avis, constituer un avantage des groupes d'entraide sur les interventions plus traditionnelles. Il souligne malgré tout, qu'on connaît encore très peu les caractéristiques des populations à qui profitent le mieux ces groupes.

Stroebe et Stroebe (1985) décrivent aussi une évaluation (effectuée en 1979 et 1982 par Vachon et son équipe), concernant un groupe d'entraide existant pour les veuves, appelé "Widow-to-Widow", et ayant pour but de procurer une soutien cognitif, émotionnel et pratique. Le groupe étudié bénéficie des conseils d'un professionnel, ce qui rend les résultats peu généralisables. Aucune différence n'est démontrée au post-test quand on compare les participantes et un groupe contrôle mais une différence devient apparente *après 24 mois;* les participantes démontrent alors significativement *moins de symptômes* que l'autre groupe. *Le recouvrement est non seulement plus grand mais aussi plus rapide* chez les participantes puisqu'un moins grand nombre de femmes, classées très symptômatiques deux mois après le décès, sont encore dans la même catégorie de risque au moment du suivi (Stroebe et Stroebe, 1985).

Lieberman et Videka-Sherman (1986) évaluent aussi un groupe adressé aux personnes veuves depuis peu. Les participants démontrent une *amélioration aux niveaux de l'anxiété*, de la *somatisation*, de l'*estime de soi*, de la *maitrîse de soi*, du *bien-être général* et de la *satisfaction de vie*, quelle que soit la durée de leur membership ou leur niveau d'implication dans le groupe, tandis qu'un groupe contrôle montre une détérioration aux mêmes indices. L'indice de dépression suit cependant une courbe contraire, le groupe contrôle démontrant une plus grande amélioration. Si on compare les participants entre eux selon leur niveau d'implication (simple observateur versus membre actif), *les plus actifs ont une meilleure amélioration du niveau de dépression et d'anxiété, et des niveaux plus élevés d'estime de soi, de bien-être et de satisfaction* et ce même lorsque la durée de membership des deux groupes est similaires; les plus actifs ont, en outre, moins recours à la médication.

Les groupes d'entraide sont donc *bénéfiques aux personnes veuves parce qu'ils fournissent des opportunités de créer de nouveaux liens avec des personnes vivant des expériences similaires.* Il demeure toutefois possible que les personnes orientées au départ vers l'établissement de relations sociales bénéficient plus des impacts du groupe (Lieberman et Videka-Sherman, 1986)

D'autres groupes d'aide mutuelle étudiés viennent plutôt en aide aux personnes nouvellement séparées. Le programme évalué par Bloom et col. (1982) a pour but de procurer du soutien et des compétences spécifiques.(9) Dans l'ensemble, les participants ont *jugé le programme très bénéfique*. Si on compare les deux groupes après six mois, les participants semblent avoir *significativement moins de problèmes* et un *meilleur_ajustement psychologique* que les non participants. Plus particulièrement, le nombre de problèmes ménagers augmente durant cette période pour les deux groupes, les problèmes légaux restent stables chez les participants mais augmentent chez les autres, les problèmes psychologiques (détresse, mauvais ajustement, anxiété, neurasténie) diminuent chez les premiers mais non dans le groupe contrôle. *Les femmes bénéficient plus de ces effets que les hommes*, peut-être à cause de l'absence de leaders masculins. Les auteurs concluent que les commentaires des participants comme les comparaisons entre les deux groupes attestent de l'utilité de ce programme. On ne sait pas, en outre, quelle composante particulière de celui-ci est surtout bénéfique et c'est sûrement la plus grande lacune de cette étude; sont-ce les connaissances acquises par l'action des experts invités ou simplement le partage d'expériences et le soutien des pairs? Les participants ont critiqué par ailleurs leur non implication dans le choix des thèmes discutés.

Un autre type de perte, moins souvent étudié et particulièrement difficile à vivre est celle d'un enfant. Videka-Sherman (1982) estime à 200 le nombre de groupes d'aide mutuelle existants aux Etats-Unis et au Canada, qui se rencontrent au moins mensuellement pour faire face à ce problème. Leur but est de procurer à ces parents empathie et soutien constructif par le biais de l'entraide. Une étude est conduite auprès des membres de huit de ces groupes pour vérifier leur impact sur les niveaux de dépression (Videka-Sherman, 1982). Les données recueillies démontrent que l'*ajustement psychologique est linéairement relié au niveau_d'implication dans le groupe*. En fait, des implications différentes n'entraînent pas des niveaux de dépression différents. Cependant, il semble que les parents *les plus impliqués dans ces groupes, maintiennent une évaluation positive des changements personnels expérimentés* suite à la perte de leur enfant. Cet *impact est stable* dans le temps, même lorsque l'on contrôle la nature du décès. De plus, une analyse de contenu démontre encore que les changements personnels expérimentés le plus couramment sont ceux qui concernent: l'empathie pour les autres, les relations intimes, les croyances sur la vie, la mort, la religion et la représentation de soi. L'auteure conclut donc que la participation à ces groupes *affecte l'ajustement_psychologique des parents en amenant une évaluation plus positive des conséquences de la perte pour le soi ("self"), mais qu'elle n'a aucun impact direct sur le niveau de dépression lui-même*.

Pour les personnes ayant perdu un conjoint par décès ou séparation ou celles en deuil d'un enfant, les groupes d'entraide évalués ont *incontestablement des effets bénéfiques* et ce, à différents niveaux, puisque toutes les études répertoriées sont concluantes. Cependant, celles-ci sont encore *trop variées pour que l'on puisse les comparer ou généraliser* les conclusions à d'autres groupes. On peut croire que *certains types de groupes répondent mieux à certaines personnes* (Barrett, 1978; Lieberman et Videka-Sherman, 1986) mais des études additionnelles sont requises pour discriminer quelles personnes bénéficient plus de quels types de groupes. Entre temps, peut-être est-il *préférable de privilégier les groupes dont les structures permettent aux membres de définir eux-mêmes le contenu des interventions*. Par ailleurs, l'étude de Vachon et col. (1982) semble indiquer que les impacts positifs n'apparaissent *pas toujours à court terme* ce qui montre un besoin d'évaluations longitudinales.

- Problèmes médicaux

Des groupes d'entraide variés sont aussi élaborés pour aider des personnes faisant face à une difficulté ou un handicap physique; ils semblent cependant beaucoup moins étudiés. En fait, une seule étude est répertoriée et les conclusions de deux autres sont citées. Hinrichisen et col. (1985) étudient un échantillon de personnes faisant face à un problème de scoliose qui ont participé à un groupe d'entraide. On y retrouve en fait trois types de participants: des adultes et des adolescents atteints, ainsi que les parents de ces derniers. L'étude comporte des comparaisons avec un groupe contrôle (mêmes types de sujets) et deux sortes de mesures sont utilisées pour évaluer les impacts du groupe: la satisfaction de la part des membres et des mesures de fonctionnement psychologique.

Les *adultes et les parents participants indiquent un haut niveau de satisfaction*, particulièrement en ce qui a trait au soutien reçu et aux opportunités d'aider les autres qui sont offertes; soixante-sept pour cent (67%) des parents et 74% des adultes croient que le groupe a bien ou très bien atteint ses buts. Chez les *adolescents*, 61% se disent *satisfaits ou très satisfaits bien qu'une proportion moindre* (40%) disent aimer le groupe. L'*ajustement psychologique des deux groupes de parents ne semble pas tellement différer;* en fait, une différence significative n'est signalée que pour l'une des dix mesures et en faveur du groupe contrôle! *La situation est semblable chez les adolescents* puisque les deux groupes diffèrent seulement sur l'une des huits mesures, et toujours en faveur du groupe contrôle. C'est *pour les adultes cependant que l'impact positif est non négligeable*; les participants rapportent une *perception plus positive de leur problème* physique et une *plus grande satisfaction face aux soins médicaux* qu'ils reçoivent, que les adultes du groupe contrôle. En outre, les adultes sérieusement atteints, c'est-à-dire ceux ayant subi au moins une

opération, rapportent entre autre, *significativement moins de symptômes psychosomatiques* et *plus d'estime de soi* lorsqu'ils sont participants que dans le groupe contrôle.

Les impacts positifs de la participation sont donc très faibles pour les parents et les adolescents mais évidents pour les adultes, surtout si leur cas est sévère. Hinrichsen et col. (1985) expliquent que les parents et les adolescents sont possiblement moins motivés à participer que les adultes, puisqu'ils ont pu participer uniquement pour se plaire l'un l'autre. Ils soulignent en outre que les adolescents ont peut-être avant tout besoin d'une affiliation avec un groupe de "normaux". Cela viendrait alors infirmer l'idée que l'action de ces groupes réside dans l'affiliation avec des individus similaires, du moins lorsqu'il s'agit d'adolescents. Aucune évidence cependant ne vient confirmer la justesse cette explication. L'étude comportait en outre certaines faiblesses puisque les groupes participants étaient quelque peu différents des individus du groupe contrôle au niveau démographique. Enfin, ce genre d'étude ne permet pas de savoir si les adultes participants n'étaient pas au départ plus ajustés que les autres adultes et à cet égard un schème comportant un pré-test aurait été plus indiqué. On peut cependant reconnaître la tentative pour inclure un groupe de comparaison et les indices d'efficacité variés qui ont été utilisés. Malgré leurs résultats en partie décevants, les auteurs concluent que les témoignages sur les bénéfices de ces groupes suggèrent qu'il s'agit d'une alternative valable (Hinrichsen et col., 1985).

Plusieurs groupes d'aide mutuelle qui concernent les problèmes d'obésité sont évalués par Sturikard (1972). *Dans certains groupes, la perte de poids est liée à la durée de membership mais aucun impact significatif de la participation n'est signalé dans la majorité des groupes* étudiés (Katz, 1981). Enfin, selon une évaluation de Vidéka-Sherman (1979), le groupe "Helping Heart Club" destiné aux personnes souffrant de problèmes cardio-vasculaires *permet aux personnes devant cesser leur emploi de s'impliquer dans des activites de services et par là, de maintenir leur estime de soi* (Gauthier, 1985).

- *Problèmes psychiatriques*

Le réseau social des ex-psychiatrisés est souvent très peu étendu et peu soutenant. Une seule des études répertoriées a tenté d'évaluer l'impact de l'aide mutuelle pour les personnes souffrant (ou ayant souffert) de problèmes psychiatriques variés. L'étude concerne un groupe appelé "Recovery inc." l'un des plus vieux groupe d'aide mutuelle et le plus connu pour les ex-patients psychiatriques. Fondé en 1937 par un professionnel, le dr. A. Low, le programme se veut un complément au traitement hospitalier; il vise la modification de comportements, le diminution de symptômes de détresse et la lutte contre la stigmatisation sociale, par le biais de l'aide mutuelle. Au

moment où Radol-Raiff (1984) effectue son étude, on compte aux Etats-Unis, au Canada, à Puerto Rico et en Irlande, plus de 1,000 groupes et plus de 7,000 membres. Le questionnaire d'évaluation inclut six indices d'utilisation des services de santé: l) hospitalisation pour une condition nerveuse ou mentale, 2) électro-chocs, 3) traitement individuel par un professionnel pour une condition nerveuse ou mentale, 4) qualité de la relation avec le professionnel, 5) médication, 6) prescription appelant un jugement subjectif (i.e. médicaments à prendre au besoin). On tient compte aussi des évaluations subjectives et globales face à la santé et aux préoccupations de santé.

La majorité des sujets montre, depuis l'entrée dans le groupe, des *améliorations sur tous les indices mesurés*. Ainsi, sur l99 sujets rapportant avoir déjà été hospitalisés, seulement 39 (17.6%) l'ont été après leur entrée dans le groupe; des 125 personnes qui ont reçu des électro-chocs, seulement 3.3% les ont reçu après cette entrée; des 352 personnes qui étaient encore sous médication au moment de l'inclusion dans le groupe, ll7 (33.2%) ont cessé dès leur entrée, 56 (15%) ont cessé peu après, 92 (26.1%) continuent mais seulement au besoin et seulement 77 (29.9%) continuent régulièrement. Par ailleurs, des 338 personnes qui étaient toujours suivies par un professionnel au moment de leur entrée dans le groupe, 132 (39.1%) ont cessé pendant leur participation tandis que 121 (35.8%) continuent mais avec un statut différent; pour une minorité, il n'y a sur ce point aucune amélioration. D'autre part, les participants se disent généralement plus satisfaits de leur santé que la population normale américaine (89.9% comparativement à 85.5%) et leurs préoccupations de santé sont peu fréquentes (seulement 10% s'en préoccupent souvent). Ces résultats sont indépendants de la durée de membership ou de leadership sauf que les membres de *moins de 2 ans bénéficient un peu moins* des groupes d'aide mutuelle; il en est de même des personnes encore *sous médication,* qui sont *sous le seuil de pauvreté* et qui *manquent d'un réseau social* que pourrait fournir le mariage ou le travail (Radol-Raiff, l984). Radol-Raiff (1984) conclue donc que pour les gens ayant atteint un certain statut dans le groupe, *les bénéfices associés à la participation surviennent très tôt. L'acquisition d'un rôle de leader semble ensuite préserver ces premiers gains* et avoir une valeur additive à long terme.

Si cette étude est intéressante parce que très peu d'études ont évalué ces groupes pour ex-psychiatrisés, elle demeure néanmoins difficilement généralisable à cause de ses lacunes méthodologiques: aucun groupe de non participants pour comparer, aucune mesure prise avant l'entrée dans le groupe, mesures essentiellements rétrospectives qui peuvent être plus précises pour les membres ayant participé depuis moins de 2 ans, mais beaucoup moins pour ceux qui participent depuis l8 ans. D'autres conclusions permettent aussi de croire en une certaine efficacité de ces groupes pour cette problématique particulière. Ainsi selon Lieberman et Gourash (1979), certains

groupes seraient efficaces pour *diminuer la dépression, l'anxiété et l'anomie* et pour *augmenter la satisfaction de vie* des ex-patients psychiatriques (Katz, 1981).

-Autres problématiques

Roskin (1986) s'intéresse pour sa part à l'intégration sociale des immigrants, nouvellement arrivés en Israël. Ceux-ci doivent non seulement faire face à de mombreux changements de vie, mais aussi très souvent à la perte totale du réseau habituel et ce, dans une courte période de temps. Un programme est donc mis sur pied à Jérusalem dans un centre d'intégration, programme mettant l'emphase sur l'aide mutuelle. **(10)** Le programme élaboré prévoit des rencontres et des échanges de groupe sur les différents *problèmes vécus durant cette intégration*. Malheureusement, Roskin (1986) fournit très peu de détails sur l'évaluation effectuée auprès de 27 participants et 32 participantes. On mentionne simplement des résultats mitigés: des *apprentissages furent effectués* mais *aucune différence n'est démontrée à des indices d'anxiété, de somatisation ou de dépression* entre les participants à ce programme, et d'autres personnes fréquentant le centre d'intégration.

Il est donc difficile de résumer toutes ces études car elles varient entre elles sur certains critères de fonctionnement des groupes et au plan méthodologique. On peut conclure cependant, comme la majorité des auteurs, à une utilité certaine de ces groupes dans différents contextes. D'autres études sont cependant nécessaires pour établir dans quelles conditions et pour quelles personnes, ces groupes sont surtout efficaces. Dans la prochaine section nous comparerons l'efficacité relative de différents groupes existants pour différentes problématiques.

- Etudes comparatives de differents groupes existants

Quelques études ne cherchent pas à déterminer l'impact de groupes particuliers mais à comparer différents types de groupes selon leur structure ou leurs objectifs Knight et son équipe (1980) choisissent sept organismes connus, qu'ils regroupent en deux catégories selon que le groupe vise le *contrôle d'un comportement* (Type A) ou une *adaptation à une situation difficile* (Type B). **(11)** Un questionnaire est ensuite élaboré pour évaluer les caractéristiques socio-démographiques des membres qu'ils rejoignent, le type de prise de contact et d'inclusion dans le groupe, les stratégies d'aide qui s'y déroulent, l'évaluation par les membres de l'efficacité du groupe et les relations de ceux-ci avec les aidants formels extérieurs.**(12)**. Cette étude, échelonnée sur trois ans, a permis d'identifier avec précision certains processus aidants qui sont en action dans ces groupes. Parmi les répondants, 41% ont dit avoir été aidé grâce *à l'intégration sociale et au sentiment d'appartenance q*ue procure le groupe, 11% parlent d'une *compréhension et d'une*

meilleure acceptation de leur problème et 8% soulignent une *croissance personnelle*. Pour les groupes de type A (contrôle de comportement), 21% parlent encore d'aide dans *l'atteinte de buts personnels*. L'efficacité des groupes est surtout attribuée à l'environnement soutenant et acceptant qu'ils procurent (pour 83% des répondants). La moitié ajoutent encore des détails sur le type d'aide reçu: on parle d'*encouragments* (40%) et de *contacts sociaux soutenants* (23%). Une évaluation globale de l'efficacité des groupes respectifs atteint en moyenne 4.3 sur une échelle en cinq points.

Interrogés sur les motifs initiaux de leur participation, les sujets des types A et B diffèrent. On veut surtout dans le premier cas *faire face à un problème spécifique*, tandis que dans le type B on peut venir *pour des problèmes non définis*. La majorité des sujets (54%) ont été référés à leur groupe par les médias, 40% par des parents, amis ou connaissances, mais très peu par des professionnels. Il y aurait possiblement un manque d'intégration de ces groupes dans les systèmes formels de services, ce qui expliquerait l'attitude indépendante de ces groupes à l'égard du soutien professionnel (Knight et col., 1980). Au sujet d'une implication professionnelle éventuelle dans leur groupe respectif, les sujets se disent généralement en faveur d'une telle implication comme consultant, commanditaire, personne ressource, conférencier invité ou membre. Les auteurs concluent que les groupes d'aide mutuelle constituent pour plusieurs individus une alternative réelle et peu coûteuse. Ils en appellent cependant à la prudence dans l'interprétation de leurs résultats, expliquant que les répondants sont probablement les membres qui sont au départ intéressés et favorables à leur groupe.

Un étude similaire est reprise en 1982 par Gottlieb, mais auprès de différents groupes. L'auteur dit avoir voulu examiner si les évaluations des groupes d'aide mutuelle par leurs membres corroborent les impressions cliniques positives obtenues jusque là.(13) Trois types de groupes sont choisis: 1) cinq groupes de *transition suite à une perte* (veuvage, perte d'un enfant, séparation, monoparentalité), 2) quatre groupes constitués de *parents ou amis de personnes ayant un problème de santé mentale* (comportement déviant, alcoolisme, maladie mentale), 3) neuf groupes de soutien dont les membres ont un *diagnostic clinique ou un problème physique ou mental diagnosticable*.

L'enquête démontre d'abord que les patrons de participation varient selon le type de groupe. Les participants les plus assidus sont ceux du deuxième type de groupe et ils ont, en outre, plus de contacts avec les membres du groupe entre chaque rencontre. D'après le nombre de contacts rapportés, on peut dire que les groupes d'aide mutuelle apportent des *changements fondamentaux dans les réseaux sociaux;* plus d'un tiers des sujets de chaque groupe maintiennent des contacts hebdomadaires entre eux et un autre tiers des contacts mensuels. Cela augmenterait l'impact que

peuvent avoir ces groupes (Gottlieb, 1982). Il semble que de tels groupes affectent davantage les attitudes que les comportements. Malgré qu'on reconnaît la variété des éléments apportant un soutien, l'association avec des pairs partageant la même difficulté y joue un rôle essentiel. On s'entend plus souvent pour dire qu'il sera plus facile de s'en sortir avec le groupe que sans le groupe, tandis qu'une minorité (ceux pour qui le groupe est plus bénéfique) croient ne pas pouvoir s'en sortir du tout sans l'aide du groupe. Les bénéfices les plus faibles sont rapportés pour huit des douze mesures dans le premier type de groupe (transition suite à une perte) (Gottlieb, 1982).

Comme dans l'étude de Knight et col. (1980), très peu de sujets disent avoir été référés au groupe par un professionnel (ce sont souvent les mêmes qui suivent toujours un traitement professionnel pendant leur implication dans le groupe). On est par ailleurs assez favorable à l'idée d'une implication professionnelle dans le groupe comme consultant, observateur ou participant (surtout dans les groupes ayant un diagnostic: 3ième type). Le système traditionnel de soins a sans doute tendance à ignorer les besoins de ceux qui sont en contact avec des malades, handicapés ou toxicomanes (2ième type de groupe) et à ne s'occuper que brièvement de ceux qui vivent des événements stressants (1er type de groupe). Cela peut expliquer les différences quant aux perceptions d'un rôle possible des professionnels dans ces groupes respectifs (Gottlieb, 1982). Pour les membres de ces genres de groupes (type 1 et 2), l'aide mutuelle représente donc une source critique de soutien et d'éducation, disponible sur une base continue.

On ne peut donc nier que pour bien des individus en besoin, l'aide mutuelle constitue une alternative viable, souvent indispensable et fort probablement efficace, si on se fie à ceux qui en bénéficient actuellement. Quand on regarde les évaluations plus systématiques on note aussi des bénéfices certains, la grande majorité des études répertoriées démontrant au moins quelques impacts positifs. Toutefois, ces bénéfices varient en fonction de plusieurs facteurs: la population membre, les problèmes particuliers qu'elle présente, le type de groupe (structure, contenu des rencontres, apport professionnel) et la méthodologie utilisée pour évaluer les impacts. Il est donc impossible de généraliser un impact positif particulier. Il faut d'une part, intensifier les recherches et les rendre plus systématiques, plus comparables et plus longitudinales. L'accès à des listes d'anciens membres pourraient en outre faciliter ces évaluations. Par ailleurs, il semble essentiel que les membres des différents groupes d'entraide soient inclus ou continuent de participer activement à la définition des objectifs, des structures et des modes de fonctionnement de ces groupes afin d'en optimiser les impacts particuliers.

Les groupes de parrainage

a) principes théoriques et particularités:

Le parrainage est un peu moins utilisé que les groupes d'entraide, bien que les deux techniques comportent des similitudes. Elles se centrent sur la *protection de la santé* et visent à augmenter la *quantité de soutien disponible*. Elles se concentrent *sur le réseau* plutôt que les ressources individuelles et s'adressent surtout à des *populations à risques*. Contrairement aux groupes d'entraide cependant, la relation d'aide est ici *essentiellement dyadique*; elle se base sur un certain jumelage (pairage) des individus en besoin avec d'autres individus ayant vécu et traversé une condition similaire.(14) A titre d'exemple, le programme "Widow-to-Widow" met en contact des jeunes veuves avec des femmes veuves depuis plus longtemps et dans plusieurs états américains les jeunes mères célibataires sont pairées à des mères plus expérimentées de leur voisinage qui leur servent de modèle et d'encouragement (Gottlieb, 1986). On peut penser aussi à certains groupes connus comme les "Grands Frères" et "Grandes Soeurs" pour les enfants de famille monoparentale, les "Relevailles" pour les nouvelles mères, les "Parents to Parents" pour les parents ayant des difficultés avec leurs enfants ou encore les "Parents-Soutiens" pour les parents d'enfants déficients (ces derniers sont décrit par Cameron, 1981).

Le principe de base repose sur deux séries d'évidences. D'une part, on sait qu'une personne ayant vécu une situation difficile est souvent mieux placée pour aider une autre personne dans la même condition. Par ailleurs, des études ont démontré le rôle soutenant particulier que peut tenir un confident (Loewenthal et col., 1968 dans Barrett, 1978) et il est possible qu'une telle approche dyadique favorise la formation d'une relation intime et soutenante avec un confident. Les liens qui sont créés lors de parrainage, peuvent être *temporaires* ou *durables;* ils peuvent se maintenir jusqu'à la fin de l'événement difficile ou jusqu'à l'adaptation à la transition ou seulement jusqu'à ce que le réseau habituel soit en mesure de soutenir la personne (temporaires); ils peuvent aussi devenir plus durables si les partenaires continuent spontanément d'entretenir une relation amicale suivant leurs besoins et désirs. Il faut toutefois que le pairage soit effectué *en tenant compte des similarités entre les partenaires* et de leurs habiletés relationnelles (Gottlieb, 1986). (15) Les rencontres d'aide se font habituellement de façon hebdomadaire et plus irrégulièrement par la suite.

Si le parrainage diffère de l'entraide en groupe, les deux techniques sont souvent combinées, de façon simultanée ou séquentielle. En fait, les groupes d'aide mutuelle peuvent être un supplément ou un substitut à cette approche dyadique (Gotlieb, 1986). Il peut être plus profitable de créer uniquement des groupes d'entraide plutôt qu'un parrainage, parce que plusieurs études

démontrent qu'un élément essentiel de cette aide tient à l'opportunité de comparer son expérience avec celle d'individus similaires; le parrainage ne procure en ce sens qu'un seul point de référence. En outre, des relations privilégiées peuvent se former naturellement à l'intérieur du groupe lui-même (Gottlieb, 1986). D'autres auteurs croient que la combinaison des deux approches est plus avantageuses (Gray, 1982 dans Gottlieb, 1986). La plupart des expériences de parrainage comprennent un groupe d'aide mutuelle pour les "parrains" et "marraines", afin de leur permettre d'échanger et de s'entraider dans leur rôle d'aidants.

b) les évaluations:

Les interventions de parrainage demeurent encore peu étudiées. On se contente souvent d'une description et d'une appréciation globale. De plus, lorsque l'approche est utilisée parrallèlement à un groupe d'entraide, on conclut parfois à un impact positif du programme, sans spécifier si les bénéfices sont dus à l'une ou l'autre approche; **(16)** Nous ne verrons donc ici que quelques programmes ayant reçu une évaluation globale.

Le programme "Parents-Soutiens" (un des premiers groupes de parrainage) fut initié en 1970 au Nébraska par quelques parent d'enfant déficient désireux d'éviter à d'autres parents la détresse suivant habituellement l'annonce d'une telle naissance (Cameron, 1981). Aujourd'hui, ce programme est actif un peu partout aux Etats-Unis et au Canada. Un aidant communique, hebdomadairement puis au besoin, avec une famille- cible pour apporter un soutien affectif et pratique, ainsi que des informations sur la déficience mentale et les ressources d'aide disponibles. Un programme de formation et un groupe d'aide mutuelle sont prévus pour les parents dont l'enfant déficient a grandi et qui sont intéressés à offrir à leur tour un soutien social. L'association tente aussi de sensibiliser le public et les professionnels aux difficultés reliées à cette problématique et au potentiel de croissance des enfants déficients. Cameron (1981) ne mentionne aucune évaluation systématique de l'efficacité de ce programme. Elle assure cependant que selon les *témoignages des parents aidés,* il s'agit d'une *source d'aide inestimable.*

Une intervention intégrant le modèle de parrainage fut aussi tentée auprès d'individus atteints de maladies cardio-vasculaires (Gauthier, 1985). Contrairement aux groupes de parrainage "purs", on fait appel non seulement à une personne remise d'un tel infarctus mais aussi à la collaboration d'un médecin généraliste, les deux formant un duo. Chaque patient participe à des rencontres hebdomadaires avec un duo avec qui il est pairé, pour obtenir un soutien émotionnel et faire l'apprentissage d'habilités qui devront maintenant faire partie de sa vie quotidienne. Le conjoint peut s'il/elle le désire, participer aux rencontres. Selon Gauthier (1985), une étude pilote aurait

démontré un impact positif du programme sur la *diminution de l'anxiété* chez les patients participants et leur conjoint, impact qui serait dû à la *maîtrise de techniques de premiers secours* et à une *meilleure connaissance des possibilités de rétablissement* . On dénote aussi dans le groupe expérimental, une *diminution de l'état dépressif* et une *amélioration des relations de couple* . L'auteure conclut que ce projet met en évidence les avantages d'une collaboration entre professionnels et aidants informels. Il est dommage que nous n'ayons pas accès à plus d'informations sur le genre d'étude évaluative effectuée.

Le comité d'aide-jeunesse de Pont-Rouge (localité rurale près de Québec) est né de l'initiative du vicaire et d'un groupe de parents préoccupés du haut taux de délinquance et de criminalité. Le principe de son intervention est simple: pairer aussi bien le délinquant lui-même que ses parents à un adulte ou un couple d'adulte pour leur assurer un encadrement ainsi qu'un soutien moral et affectif et ce, dès qu'un acte délinquant est commis. Guay (1984) rapporte qu'au cours de la première année, il n'y eut qu'*un seul cas de récidive sur 23 prises en charge*, ce qui constitue un grand succès si on compare avec les résultats des interventions habituelles. Il peut être difficile de transposer un tel système dans un milieu urbain où les communications sont moins faciles, mais selon Guay (1984) l'expérience est faisable. Il cite le cas d'un policier de la ville de Québec qui travaille de façon similaire, en tentant d'utiliser les ressources du milieu (famille proche ou éloignée, aidants naturels) pour jumeler le jeune délinquant avec un adulte prêt à soutenir et encadrer. Il fait lui-même les contacts auprès d'aidants naturels (dans les clubs sociaux par exemple) pour trouver des volontaires.

Un autre projet québécois, "Les Relevailles", s'adressent aux nouvelles mères. (Guay 1984). On préfère parler ici de marrainage. Une bénévole du groupe ayant vécu une expérience de dépression post-partum se rend régulièrement, sur demande, au domicile de la nouvelle mère et l'accompagne dans différentes démarches (visites médicales, recherche d'une garderie, demandes de subvention, etc). Elle offre en outre écoute, réconfort et aide pratique dans les soins du bébé. Elle s'organise au besoin avec d'autres bénévoles pour que la jeune mère ait une présence constante lors de situation de crise. L'intervention se poursuit habituellement sur trois mois et se termine toujours par une tentative pour étendre le réseau social de la mère en la mettant en contact avec des voisins et des connaissances. Un groupe d'aide mutuelle est aussi prévu pour fournir soutien et encadrement aux aidantes. Un tel marrainage *coûte moins cher* qu'une hospitalisation de la mère pour quelques jours au Département psychiatrique d'un hôpital général. On peut lui reconnaître en outre une grande pertinence et utilité, d'autant plus que son intervention se situe à une étape de la

vie particulièrement propice à la prévention de problèmes futurs, aussi bien pour la mère que pour l'enfant (Guay, 1984).

L'autre programme élaboré par Silverman (1969) pour les veuves récentes a pour nom "Widow-to-Widow". Ses objectifs sont de prévenir les déséquilibres émotifs par l'organisation d'un réseau "artificiel" de soutien dans la communauté, impliquant d'autres veuves plus expérimentées. Un soutien de la part de celles-ci, risque d'être particulièrement bénéfique puisque des veuves interrogées lors d'études antérieures ont rapporté que la famille et les amis évitent habituellement de parler du décès ou coupent carrément toute relation (Altamirano, 1984). Les veuves aidantes sont ici recrutées par les organismes communautaires auxquels elles participent (elles ont accès à un consultant professionnel et à un groupe d'aide mutuelle). Les veuves récentes intéressées sont pairées aux aidantes et des visites à domicile sont organisées dans le but d'apporter conseils, encouragements, disponibilité téléphonique, informations, et même encouragements à devenir soi-même aidante. Comme nous l'avons vu, ce programme comporte aussi des groupes d'aide mutuelle. En l'absence d'étude systématique on ne peut démontrer l'atteinte des objectifs globaux de santé mentale mais Altamirano (1984) constate empiriquement que les *aidantes apportent un grand soutien aux veuves et que leur succès est dû en bonne partie à leur propre veuvage.*

Certains chercheurs ou praticiens ont combiné cette stratégie dyadique avec l'entraide en groupe. Ainsi, Evans et col. (1979) mettent sur pied un programme nommé "Parent-to-Parent" qui s'adresse aux jeunes mères adolescentes. Des volontaires (elles-mêmes parents) visitent les mères célibataires sur une base dyadique. Comme dans les autres projets, elles offrent information, aide pratique pour les soins du bébé et soutien émotionnel. Une étude évaluative (non détaillée) de ce programme semble avoir démontré des *résultats positifs sur l'entrée des mères dans un programme scolaire ou de formation professionnelle et une efficacité plus modeste sur la qualité des relations avec l'enfant* et *l'utilisation des ressources communautaires existantes.*

Une certaine forme de parrainage fut carrément intégrée à un groupe d'entraide (Barrett, 1978).(17) Chaque paire de veuves avait des tâches spécifiques à accomplir en équipe avant de participer à des discussions de groupe. Les auteurs expliquaient avoir voulu par là favoriser l'émergence d'une relation plus intime entre les paires de veuves. Si ce groupe s'avéra *relativement efficace,* il nous est cependant impossible de discerner si cet impact est dû surtout à l'entraide du groupe ou à la relation dyadique. Les auteurs avaient néanmoins souligné que l'efficacité démontrée, quelque peu moindre que dans l'un des deux autres groupes créés, pouvait

dépendre de la *difficulté d'instaurer des relations réellement intimes par un_semblable pairage*. Ils conseillaient de ne tenter cette intervention *qu'avec des veuves qui n'avaient aucun_confident dans leur réseau naturel.*

Les quelques programmes cités ici ont tous donné lieu à des appréciations positives de la part des auteurs ou à des témoignages favorables des individus touchés par les interventions. Ce genre d'évaluations non systématiques ne permet pas de généraliser quant à l'efficacité globale de ce type de stratégie; tout au plus, permettent-elles de dégager une image favorable de ces programmes particuliers et d'avoir quelques indices sur des bénéfices généraux probables. Si certains auteurs ont avoué privilégier, pour des motifs stratégiques, la création de groupes d'entraide à la mise sur pied d'interventions dyadiques (Gottlieb,1986) cela ne diminue en rien les bénéfices possibles des programmes de parrainage existants. Mais il serait d'autant plus important d'en évaluer systématiquement les impacts réels. Les groupes de parrainage étant aussi diversifiés que les groupes d'entraide, les mêmes contraintes méthodologiques risquent de limiter les possibilités de généraliser les conclusions de quelques études à l'ensemble des programmes.

Intervention auprès des aidants naturels

a) principes théoriques et particularités:

Dans le cadre de projets-pilote, certaines interventions se concentrent plutôt sur l'*amélioration du_soutien offert naturellement par des personnes-clés d'un quartier ou d'une communauté*. Ces aidants naturels sont souvent dans une position qui les amène quotidiennement à offrir un soutien émotif ou technique aux personnes qu'elles cotoient (coiffeurs, prêtres, etc). Dans d'autres cas, il s'agit de citoyens ordinaires connus pour leur rôle d'aidant informel. Ces interventions visent la *promotion de la santé* plutôt que sa protection lors de situations stressantes puisque ces aidants naturels oeuvrent déjà auprès d'une *population générale.*

Le but est souvent d'étendre et d'enrichir les réseaux d'aide existants dans la communauté, *en_enseignant des habilités à aider aux résidents intéressés*. L'idée de base est que si l'on enseigne à ces personnes-clés différentes techniques d'aide connues des professionnels, elles pourront ensuite *iefficacement_aux demandes informelles* de soutien qu'elles reçoivent. Cet enseignement doit *respecter les talents naturels* des aidants et éviter de les professionnaliser. Les habilités à acquérir incluent des techniques de relation d'aide (attitudes non verbales, communications, exploration des besoins), des compétences en planification de vie (aide à identifier les buts

personnels et prises de décisions) et des techniques de résolution de problèmes (D'Augelli et col.,1981)

b) l es évaluations:

D'Augelli et col. (1981) prévoient d'abord enseigner ces habiletés à quelques aidants naturels (24 personnes-clés recrutées par les médias), qui apprendront par la suite à les transmettre à d'autres citoyens. L'entraînement dure quelques semaines puis en équipe de deux, ces aidants transmettent ensuite les connaissances acquises aux autres résidents volontaires, recrutés aussi par les médias. Pour vérifier l'efficacité du programme, les auteurs prévoient simplement interroger les participants, avant et après l'entraînement, leur demandant d'évaluer entre autre leurs propres capacités d'aide. Les participants ont appris de *nouvelles habiletés d'aide* et rapportent une plus *grande confiance dans leurs capacités d'aidants;* ils ne rapportent pas de changement cependant dans le *nombre de personnes qu'ils ont aidé,* dans la *quantité de temps consacré à aider* ou dans le *type d'aide qu'ils offrent* (Enrlich et D'Augelli 1981 cités dans Gottlieb 1985a). Ces interventions peuvent donc promouvoir une communauté plus soutenante, mais elles échouent possiblement à assurer un effet préventif ou modérateur par une généralisation des compétences acquises dans les contextes naturels (Gottlieb, 1985a). *L'absence totale d'évaluation auprès des personnes qui ont fait appel à ces aidants naturels empêche de tirer des conclusions précises.* En outre, un tel entraînement donné à différents types d'aidants naturels *remplace peut-être les formes d'aide naturelle qui sont acceptées et valorisées,* par des techniques professionnelles *écologiquement non valides.* Celles-ci risquent d'être *non adaptées aux normes prévalant* dans les relations informelles (Gottlieb, 1985a; 1986).

Quelques expériences (Schelling et col., 1984; Todd et Gottlieb, 1979) sont moins directives. On procède par petits groupes pour discuter d'abord de l'importance du soutien social et pour apprendre à évaluer son propre réseau. Les groupes de travail sont ensuite encouragés à planifier eux-mêmes des interventions pour augmenter leur accès au soutien social. Aucune évaluation de ces approches n'est encore disponible, mais les *témoignages des participants indiquent qu'il y a une certaine utilisation des hhabilités acquises* pour rechercher et utiliser le soutien social et pour développer un réseau plus mutuellement soutenant (Gottlieb, 1986).

Un autre projet, le "Elderly Support Project" (dans la ville de Middletown, MA) combine ce genre d'approche avec un groupe d'entraide (Todd et Amstrong, 1984). Son but essentiel est de favoriser par une collaboration entre professionnels et aidants informels, une utilisation active et créatrice des ressources de soutien pour les personnes agées. Un consultant professionnel

commence par s'introduire et s'intégrer à la communauté par l'entremise d'un résident. Un groupe d'aide mutuelle est aussi formé réunissant sept femmes de la communauté qui ont la responsabilité des soins d'au moins une personne agée, pour leur permettre d'échanger sur les difficultés qu'elles rencontrent et les solutions possibles à leurs problèmes. Une étude évaluative de ce volet du programme (basée sur des entrevues) démontre que le groupe *facilite les soins et en améliore la qualité*. Le programme comporte aussi un second volet dans lequel on offre des consultations aux résidents occupant une position centrale dans le réseau informel de la commuauté (aidants naturels): des membres de l'âge d'or ou des présidents de clubs sociaux. Les consultants apportent à ces aidants de l'information, des ressources techniques et du soutien émotif à travers l'organisation de forums collectifs. L'*évaluation globale de ce volet semble positive*. Pour Todd et Amstrong (1984), c'est uniquement *par l'expérience quotidienne que les aidants informels peuvent légitimer et intégrer les connaissances de counselling professionnel*. Le consultant doit donc avoir un respect sincère des valeurs de la communauté et une croyance dans les capacités de celle-ci.

Certaines interventions préventives se concentrant surtout sur les changements d'attitudes, prennent plutôt la forme de campagnes d'éducation populaire visant à convaincre la population générale des effets bénéfiques pour la santé des relations sociales soutenantes. Il s'agit donc toujours ici de promotion de la santé, mais par l'intermédiaire d'une action visant l'augmentation de l'utilisation du soutien social. Ainsi le programme "Friends can be good medicine" (du Département de santé mentale de Californie), utilise les médias, les écoles publiques, les organisations communautaires et d'affaires comme moyens et milieux d'éducation populaire (Gottlieb, 1986). Ce programme fit d'ailleurs l'objet d'une évaluation d'impact auprès de 551 personnes rejointes par la campagne. Les participants rapportent un *changement d'attitude à l'égard du soutien social*, les individus attachant ensuite *plus d'importance à l'amitié et à son lien avec la santé*. A la seconde mesure (après le programme), une plus grande proportion de personnes indique aussi une intention *d'intensifier leurs relations amicales* qu'au moment de la première mesure. Les changements comportementaux sont plus modestes mais une *petite proportion indique avoir intensifié les échanges soutenants* (étude effectuée par Klibanoff et col., 1983 dans Gottlieb, 1986). Une telle approche générale demeure toutefois discutable, tant que de plus amples connaissances ne seront colligées sur ce qui, dans le soutien social, est réellement immunitaire ou bénéfique.

Plutôt que d'évaluer l'efficacité des aidants naturels, certaines études décrivent leurs comportements soutenants quotidiens ou les comparent aux techniques d'aide professionnelles. Afin de créer un programme d'entraînement qui respecte la réalité des gens, Cowen et col. (1979)

effectue une telle étude descriptive et systématique auprès de coiffeurs et de coiffeuses (n=90). En moyenne, les sujets voient 55 clients par semaine (durant 10 à 120 minutes). La moyenne de temps consacrée à des comportements d'aide est de 25 minutes par contact. Par ailleurs, 28% des clients qu'ils/elles rencontrent n'abordent pas de problèmes personnels, 39% abordent des questions personnelles mais non problématiques et 33% parlent de problèmes modérés ou sévères. Plus de la moitié de ces derniers sont vus plusieurs fois. Lorsqu'on demande aux répondants d'identifier les problèmes les plus fréquemment rencontrés, on note par ordre d'importance des préoccupations concernant: les enfants, la santé physique, la dépression et l'anxiété. Les principales stratégies d'aide utilisées sont le *soutien et la sympathie*, les *tentatives d'éclaircissement de la situation* et l'*écoute*, mais la *majorité des répondants expriment un intérêt pour avoir droit à des consultations en santé mentale*. Les aidants naturels rencontrés se jugent efficaces dans leur comportements d'aide (appréciation moyenne de 4.01 sur 5). On note des *différences individuelles* dans la perception de l'importance de leur rôle d'aidant et dans la facilité à reconnaître un comportement de recherche d'aide. L'étude ne permet pas cependant de juger objectivementde leur efficacité.

Pour voir si l'enseignement de techniques d'aide professionnelles peut vraiment interférer avec les qualités d'aide spontanées, d'autres chercheurs tentent de vérifier la compatibilité des deux types d'aide (Kelley et Kelley, 1985). Quinze entrevues sont conduites auprès d'aidants naturels de l'Iowa concernant leurs activités d'aide, leurs croyances et leurs relations avec les professionnels. Les aidants sont ici définis comme "ceux reconnus par les autres comme des aidants interpersonnels bien que cela ne fasse pas partie de leur rôle familial ou de leur travail" Les résultats ne démontrent *aucune différence notable en regard aux conseils donnés, à la confidentialité et à la disponibilité*. Les aidants naturels écoutent, sympathisent, aident à la résolution de problème, fournissent transport, gardiennage ou autres services. Lorsqu'on compare ces données à celles d'une étude semblable effectuée en Irlande et en Angleterre, il ressort d'abord que l'aide volontaire dans ces pays est plus étendue et plus acceptée. L'accord entre les deux études est très grand sur les types de problèmes les mieux traités par les aidants naturels et/ou les professionnels: la dépression, la pauvreté, le chômage, la délinquance, la sénilité, le viol et l'abus sexuel. *Pour la solitude seulement, l'aide naturelle est jugée préférable à la seconde* dans les deux études tandis qu'une *évaluation contraire est faite pour les enfants abusés*. Le domaine des soins de l'enfant est le seul pour lequel les avis des répondants des deux études diffèrent significativement: en Iowa on privilégie surtout les aidants naturels tandis que là-bas on se réfère surtout aux professionnels.**(18)**

En comparant des aidants naturels de deux communautés rurales de Pennsylvanie aux autres résidents des mêmes communautés, une étude a démontré *un lien entre les comportements naturels d'aide et l'implication sociale réelle* (Vallance et D'Augelli, 1982). Parmi 213 répondants choisis au hasard, on discrimine 64 aidants actifs (qui sont sollicités au moins 1 fois/sem. par d'autres personnes pour des problèmes personnels) et 28 non aidants (qui ne sont jamais sollicités). Les aidants actifs sont généralement plus jeunes, mieux éduqués, ont plus de probabilités d'avoir un emploi rémunéré et habitent la communauté depuis moins longtemps. Ils proviennent généralement de familles plus étendues. Ils sont aussi plus impliqués dans les groupes communautaires existants, connaissent mieux l'emplacement et la nature des services de counselling et des programmes communautaires existants. Cependant, aucune différence n'est démontrée sur les attitudes face à soi et à la communauté, non plus que sur la satisfaction de vie.

On en connaît beaucoup plus sur les aidants naturels et leurs techniques d'aide quotidienne, que sur l'efficacité réelle de leur action. Si les résidents d'une communauté font appel à leur soutien cependant, c'est probablement parce qu'il correspond, dans sa nature et sa forme, aux normes et valeurs acceptées. On peut donc mettre en doute la raison d'être des tentatives cherchant à améliorer cette aide par l'enseignement de techniques professionnelles. Cela dit, ces tentatives ne semblent pas toujours efficaces. Les quelques études d'impact citées démontrent surtout des acquisitions de connaissances chez les aidants naturels mais peu ou pas d'utilisation de ces connaissances dans leurs interventions d'aide quotidiennes (Enrlich et D'Augelli, 1981 dans Gottlieb, 1985a). Toutefois, on peut encore déplorer le peu d'études vraiment systématiques, par exemple auprès des bénéficiaires de ces aidants naturels, qui permettraient une évaluation plus précise des bénéfices éventuels des interventions auprès des aidants naturels.

Le counselling par les pairs

a) principes théoriques et particularités:

Le counselling par les pairs est, à première vue,très apparenté au parrainage puisqu'il implique des relations d'aide dyadiques. Une analyse plus approfondie le rapproche plutôt des interventions auprès des aidants naturels d'un quartier ou d'une communauté. L'intervention vise principalement une *amélioration de la qualité du soutien disponible* dans un environnement donné. Cependant, le counselling par les pairs peut être appliqué à une *population dite à risques* (ex: personnes âgées) ou à une *population générale;* il s'agit donc tantôt d'une approche de *protection de la santé*, tantôt de *promotion de la santé*. L'emphase est placée *sur la communauté* plutôt que sur le comportement des individus cibles. De plus, cette stratégie comprend *toujours une implication de*

professionnels pour initier des individus potentiellement aidants aux approches de counselling traditionnel.

Les personnes choisies pour devenir les conseillers de leurs pairs doivent être désireuses d'écouter les autres, de parler avec eux et de se soucier d'eux (Carr et Saunders, 1980 dans France et McDowell, 1982). Ce rôle implique aussi des capacités d'empathie pour faciliter l'introspection ou la prise de décision. Le programme de formation comprend habituellement une initiation aux techniques de communication (empathie, introspection, révélation de soi, confrontation), aux techniques de résolution de problèmes ou de prise de décisions et à d'autres techniques d'aide. Des informations sont souvent fournies sur le soutien social et son importance, sur les groupes d'entraide existants, sur les questions d'éthique et sur les problèmes habituels des personnes visées par l'intervention. *La qualité du soutien y est, semble-t-il, tributaire de la qualité du processus de sélection, de lformation et de supervision* (France et McDowell, 1982).

b) les évaluations:

Comme pour les groupes de parrainage, les évaluations sont ici souvent limitées à des descriptions de programmes accompagnées d'une appréciation globale. Fritz (1986) décrit un modèle de counselling par les pairs et tente de démontrer comment il peut être utilisé différemment du counselling traditionnel. Ce programme fut mis sur pied au Queen College dans la cité universitaire de New York, en 1973, par deux professionnels du département du personnel étudiant chargés de sélectionner et d'entraîner des conseillers pour les autres étudiants. Une fois initiées, ces personnes(19) auront pour rôles d'aider les autres étudiants pour la sélection des cours, la planification du programme d'étude, les choix de disciplines et favoriser l'adaptation à la vie étudiante (chaque aidant donnant 4 heures/semaine sur une base volontaire) et de sélectionner, en collaboration avec les membres de la faculté, des aidants supplémentaires. Aucune évaluation systématique n'est disponible mais les *commentaires des aidés indiquent que l'aide reçue fut "inestimable"*.

France et McDowell (1982) travaillent eux, dans le cadre d'un programme de prévention de la solitude chez les personnes âgées, financé par l'Association canadienne pour la santé mentale. Les personnes âgées cherchent généralement une aide auprès de leurs pairs lorsqu'elles sont inquiètes, frustrées ou qu'elles s'ennuient. Le programme élaboré prend donc la forme d'un counselling par les pairs. Si les auteurs décrivent assez bien le programme, aucune mention n'est faite d'une évaluation s'y rapportant. Quelques études sont néanmoins citées comme ayant eu des résultats positifs, dont celle de Hamburg et Varenhorst (1972). Il s'agit d'un entraînement donné en petits

groupes par un professionnel (psychiatre, employés ou directeur du district scolaire, psychologue, conseiller, professeur), à des étudiants considérés comme des aidants potentiels pour leurs pairs dans la résolution de problèmes personnels, l'enseignement d'habilités sociales, l'information sur l'emploi ou sur les ressources de la communauté et le développement de relations amicales.(20) Chaque professionnel est chargé d'évaluer les progrès des étudiants de son groupe (Hamburg et Varenhorst, 1972). Les 155 étudiants ayant complété la formation rapportent des *impacts importants et variés dans leur propre vie et dans la vie de leur communauté étudiante;* les superviseurs se sont dit aussi enthousiastes. Cependant, on peut encore une fois déplorer l'absence totale de détails tant au niveau de l'évaluation sommaire effectuée que de ses conclusions.

Une seule étude évaluative d'un programme de counselling par les pairs, celle de Oster 1983, est plus systématique. Ce programme est mis sur pied dans le but de prévenir les abus d'alcool et de drogues chez les adolescents fréquentant une école secondaire (high school) de la région de Salt Lake County (Utah). Parmi différentes interventions pour cette problématique, on note que les programmes les plus efficaces tentaient de combiner l'information et l'entraînement au counselling par les pairs (Schaps et col., 1980 dans Oster, 1983). Le programme élaboré inclut donc un entraînement de neuf semaines par deux praticiens en santé mentale et trois professeurs eux-mêmes spécialement entraînés, qui s'adresse aux étudiants "juniors et séniors" inscrits à un cours de psychologie (n=102). Pour augmenter l'impact éventuel du programme, on demande aux étudiants de la classe d'élaborer une campagne d'information destinée au reste de l'école sur les abus de drogues et d'alcool, et d'utiliser les habilités acquises en counselling durant la dernière phase de l'entraînement (après 5 semaines d'entraînement). Cela permet non seulement aux autres étudiants de l'école (n=2800) d'être conscientisés aux problèmes de drogue et d'alcool, mais d'avoir de plus grandes probabilités de recevoir des conseils par leurs pairs. Les pairs aidants doivent, à la fin du projet, remettre un rapport sur l'aide qu'ils ont apporté. On croit que le projet aura pour effet une diminution de l'usage d'alcool et de drogue, tant chez les étudiants entraînés que chez ceux qu'ils aident (un instrument validé est utilisé avant et après l'entraînement auprès des étudiants entraînés eux-mêmes et d'un groupe contrôle constitué de deux classes d'anglais de la même école). On s'attend aussi à ce que les étudiants ayant suivi l'entraînement aient appris des habilités de counselling. Enfin, les étudiants entraînés devraient aussi démontrer eux-mêmes, moins de détresse psychologique après leurs apprentissages.

Les résultats sont cependant très décevants. *Ni les étudiants entraînés, ni ceux du groupe contrôle n'ont rapporté de changement significatif dans leur consommation d'alcool ou de drogue,* entre les deux temps de mesure; les étudiants-conseillers démontrent pourtant une *augmentation*

significative de leurs connaissances en counselling. Par ailleurs, *aucun des changements attendus aux indices de détresse psychologique* n'est démontré chez les étudiants entraînés. On peut supposer que la *prévention de comportements indésirables est souvent mieux démontrée auprès d'une population à risques, après une plus longue période de temps et lorsque l'échantillon est plus grand* et que le programme fut du moins un succès si l'on considère les apprentissages effectués par les étudiants entraînés (Oster, 1983); mais même si l'étude indique une certaine acquisition de compétences, on ne peut conclure pour l'instant à un impact réel sur les changements d'attitudes et/ou de comportements.

A cette étape et en l'absence relative d'études systématiques, il est difficile de juger de l'efficacité générale du counselling par les pairs. Les impressions cliniques des professionnels impliqués et les commentaires des participants entraînés au counselling peuvent toutefois indiquer la possibilité d'un impact positif. Cependant, même si l'on démontrait une acquisition de compétences à aider, l'efficacité des conseillers auprès de leurs pairs resterait à vérifier.

Interventions utilisant le soutien social: bilan des évaluations

Les conclusions des études détaillées jusqu'à maintenant peuvent difficilement être synthétisées de façon à présenter une image concise et globale de l'efficacité de ces approches. D'une part, chacune de ces stratégies d'intervention est utilisée auprès de populations et suivant des objectifs souvent distincts. Elles ont été l'objet par ailleurs d'études comportant des méthodologies et des mesures particulières. Les différents types d'intervention qui font appel au soutien social ont toutefois presque tous reçu des évaluations positives.

La thérapie de réseau suscite de nombreuses impressions cliniques favorables, ce qui lui assure une place certaine parmi les stratégies efficaces. Si on peut déplorer à son sujet l'absence quasi-totale d'étude d'impact plus systématique, il faut bien reconnaître qu'encore très peu d'interventions cliniques sont rigoureusement évaluées.

Les groupes d'entraide ont reçu, eux, une attention particulière de la part des chercheurs. Le partage d'informations et d'expériences avec des individus similaires est incontestablement bénéfique pour la santé mentale et physique des personnes vivant des situations difficiles. Certains groupes cependant peuvent être plus efficaces que d'autres et on connaît très peu ce qui, dans leur structure ou leur fonctionnement, favorise ce meilleur impact. De même, certains individus sont probablement plus touchés que d'autres par les effets positifs de l'entraide, sans qu'on connaisse encore leurs caractéristiques propres. Le phénomène d'aide mutuelle mérite néanmoins d'être

considéré comme une alternative privilégiée. Les conclusions positives obtenues sont peu généralisables à cause de difficultés méthodologiques, mais cela ne diminue en rien l'efficacité des groupes étudiés. Cela soulève tout au plus la nécessité de continuer les évaluations à partir d'autres groupes, si possible en utilisant des mesures et un devis plus similaires voire standardisés.

Le parrainage et le counselling par les pairs demandent aussi des évaluations plus rigoureuses qui permettraient la généralisation des conclusions favorables obtenues. Les études de cas et les témoignages des membres sont cependant les indices d'impacts positifs possibles ou probables.

Quant aux interventions auprès des aidants naturels, les quelques expériences tentées et évaluées n'ont pas donné les résultats escomptés. On réussi parfois à enseigner certaines techniques d'aide mais celles-ci demeurent ensuite peu utilisées dans la vie quotidienne. On se questionne même sur leurs impacts possiblement négatifs, lorsque les interventions ne tiennent pas compte des valeurs et des normes courantes et qu'elles cherchent finalement plus à professionnaliser les aidants naturels. Trop peu d'expériences sont relatées pour qu'on conclut vraiment à leur non pertinence mais de telles actions devraient à l'avenir être planifiées avec prudence, après une étude de l'environnement dans lequel elles s'insèrent.

Nous croyons donc que dans l'ensemble les interventions faisant appel au soutien social constituent un éventail d'alternatives valables. Leur efficacité dépend cependant de la situation problématique, des individus visés et du choix judicieux, éclairé et contextuel de la meilleur stratégie.

UTILISATION DU SOUTIEN INFORMEL: LES GRANDS DEBATS

Les nombreux questionnements que soulèvent les applications possibles du soutien social informel concernent très peu, on le comprend, les thérapies de réseau proprement dites. A part le fait qu'elles utilisent le soutien du réseau, elles demeurent en effet beaucoup plus apparentées aux thérapies traditionnelles qu'aux autres interventions répertoriées; on remet alors peu en question la pertinence d'une implication professionnelle et on se questionne peu sur la place des thérapies de réseau dans un cadre formel, puisque non seulement elles s'y insèrent habituellement, mais qu'elles sont difficilement envisageables en dehors d'un cadre formel. Il en va un peu de même pour les interventions qui tentent d'améliorer un soutien informel existant, provenant par exemple des coiffeurs (bien qu'on puisse mettre en doute leur pertinence) et du counselling par les pairs.

Cependant, ce qui contribue à l'ampleur actuelle des interventions utilisant le soutien informel, ce sont les mouvements d'entraide ou d'aide mutuelle d'une part, de parrainage d'autre part; Or, ces interventions sont souvent mises sur pied en dehors du cadre formel, et sans l'apport professionnel. C'est donc pour ce genre d'intervention, et particulièrement les groupes d'entraide, que les débats deviennent houleux puisqu'on peut les considérer en droit de chercher eux-mêmes, un apport professionnel uniquement lorsqu'ils jugent en

Le soutien informel peut-il remplacer le soutien formel?

Le soutien informel est de plus en plus considéré comme une solution à l'impasse dans laquelle se retrouvent les services sociaux et de santé mentale et ce, dans la plupart des pays industrialisés. Dès lors, comme le souligne Todres (1982), une question fondamentale émerge, à savoir jusqu'à quel point les stratégies d'aide informelle peuvent remplacer les interventions du secteur formel. Or, si leur popularité croissante, les témoignages de membres, les impressions cliniques favorables des praticiens, ainsi que quelques études plus systématiques attestent d'une pertinence et d'une utilité certaine, on ne peut pas encore conclure que ces stratégies, même prises ensemble, répondent à tous les besoins. Au contraire, tout en parlant de leur action bénéfique, les auteurs ne cessent de souligner le besoin d'évaluations additionnelles et plus systématiques. On reconnaît constamment aussi les limites inhérentes aux applications du soutien social, qu'elles dépendent des individus cibles, de leur réseau naturel, des barrières culturelles ou sociales, ou quand il y a lieu, des professionnels et agences sociales impliqués. C'est probablement pourquoi la plupart des auteurs qui ont soulevé la question choisissent de considérer le soutien informel *comme un secteur d'interventionscomplémentaire* au secteur formel, complémentaire au sens où il ne peut remplacer ce dernier (Knight et col., 1980; Todres, 1982; Gottlieb, 1982; Gartner et Riessman, 1984; Yoder et Leaper, 1985).

Cela n'implique pas que les deux modalités d'intervention doivent toujours aller de pair; au contraire, *pour certains individus et dans des contextes définis, les interventions de soutien informel constituent des alternatives* utiles, voire nécessaires ou préférables. Les réseaux informels sont bénéfiques mais ils comportent aussi des coûts; en conséquence, en aucun cas ils ne doivent se substituer aux soins formels ou en légitimer la réduction (Yoder et Leaper, 1985). Le système de soins traditionnel a tendance à ignorer les besoins de certaines personnes ou à s'en occuper partiellement; pour ces groupes, le soutien informel est donc une source d'aide et d'éducation critique (Gottlieb, 1982). Le soutien informel peut constituer une alternative, spécialement chez

certains individus qui cherchent dans leur psychothérapie la création d'une amitié réelle et réciproque (Knight et col., 1980).

On croit donc généralement que le soutien formel et le soutien informel sont complémentaires puisqu'ils répondent respectivement à certaines catégories de besoins. Le public en général serait peut-être alors mieux servi *s'il pouvait utiliser selon ses besoins, l'une ou l'autre* de ces modalités d'aide, toutes deux différentes mais valides (Todres, 1982; Green-Brody, 1985) . Non seulement le secteur informel ne peut remplacer les ressources d'aide formelles, mais son développement peut même contribuer à augmenter la demande au réseau formel (Yoder et Leaper, 1985). Les ressources d'aide disponibles dans le secteur informel sont souvent déjà sur-utilisées et elles ne peuvent peut-être pas accepter de charge supplémentaire sans être elles-mêmes soutenues par le secteur formel. Toutefois, sur cette question de complémentarité entre les deux secteurs, certains auteurs ont des conclusions plus extrêmes:

> *Ce serait peut-être mieux, à long terme, si les tenants de ces politiques montraient qu'ils ont le courage de leurs convictions en coupant tout simplement les services formels pour laisser les gens décider eux-mêmes des arrangements nécessaires à leur bien-être-- plutôt que de se laver la conscience en donnant des subventions inadéquates aux associations informelles et aux activités* volontaires *(Pinker, 1985: p.117).*

L'auteur nous met cependant en garde contre le danger de surestimer les besoins et d'exagérer la capacité du soutien informel de répondre à ces besoins. Malgré tout, l'entente est assez générale sur l'impossibilité de laisser la responsabilité entière du soutien au secteur informel. Dès lors un autre débat s'ouvre sur la possibilité et/ou la désirabilité d'intégrer les deux modalités d'aide.

L'intégration des deux secteurs: possible et désirable?

Certains semblent convaincus que les modalités d'aide informelle et formelle sont non seulement différentes mais contradictoires. On souligne alors leur idéologie divergente, dans un cas axée sur l'autonomie des individus ou des groupes d'individus et impliquant une croyance dans les compétences de ceux-ci pour trouver la solution à leurs propres problèmes, de l'autre côté créatrice de dépendance et impliquant une foi parfois démesurée dans le savoir-faire et la connaissance professionnelle. Les deux systèmes sont considérés totalement différents et il n'y a aucun moyen pratique de les relier puisque le premier est fourni par l'Etat comme un droit et sur une base de

productivité, le second étant de la prérogative des citoyens sur une base de volontariat (Pinker, 1985). Pour celui-ci:

> *La différence entre une société libre et une société totalitaire repose sur bien des critères, mais ce qui caractérise toujours la société totalitaire c'est le déni de la part de l'Etat de tout domaine de vie privée dans lequel il ne doit pas intervenir, que ce soit pour des motifs coercitifs ou bienveillants" (Pinker, 1985: p.117).*

D'autres croient qu'il n'y a pas de conflit réel entre les deux modalités d'intervention puisqu'elles ont toutes deux pour but la promotion du bien-être des individus. Dans certains cas il pourrait même s'agir de la même modalité d'aide puisque certains professionnels se conçoivent avec leurs clients comme des partenaires interdépendants qui s'entraident mutuellement (Lenrow et Burch, 1983). Mais s'il n'y a pas de conflit entre les modalités d'action des deux secteurs, d'où viennent donc les tensions dont on parle constamment, spécifiquement entre les professionnels et les groupes d'entraide? Une des explications possibles proviendrait peut-être de *l'absence de reconnaissance des groupes informels par les professionnels* (Dumont, 1976 dans Todres, 1982), ou de la *méfiance, voire même de l'hostilité, des premiers envers ceux-ci* (Guay, 1984).

L'analyse des perceptions mutuelles courantes des professionnels et des individus membres de groupes d'entraide peut, dans ce contexte, jeter un éclairage pertinent sur le débat. On retrouve deux types de perception des professionnels chez les membres de groupes informels (Lenrow et Burch, 1983). Certains démontrent à leur endroit un mélange de respect et de méfiance; on les croit tout de même experts, souvent plus compétents et on leur accorde des connaissances et habiletés dont bénéficieraient les groupes d'aide mutuelle. **(21)** D'autres expriment cependant plus de méfiance à l'égard des professionnels, les jugeant exploitants, plus concernés par les intérêts économiques et leurs propres privilèges que par le bien-être des gens, incapables d'appliquer dans la vie ordinaire leurs connaissances spécialisées et inconscients des effets secondaires possibles de leurs actions. Cette méfiance est souvent basée sur des expériences négatives et non sur de simples préjugés et il peut être attribuée au fait que les groupes populaires sont sortis perdants des relations entreprises avec les professionnels ou les agences formelles (Guay, 1984). Leur attitude indépendante peut également s'expliquer par le fait qu'ils n'ont pas besoin de faire appel aux professionnels pour obtenir des membres (Knight et col., 1980). Pour les membres de groupes d'entraide qui partagent cette perception des professionnels, il n'est donc pas question d'intégrer les deux secteurs. Par ailleurs, les professionnels regardent souvent les groupes d'entraide comme des ressources potentielles qui seraient plus efficaces si combinées avec leurs propres

techniques d'aide, ou carrément comme des individus "à convertir" dont les interventions sont pour l'instant simplistes, irrationnelles sinon irresponsables (Lenrow et Burch, 1983). Ce n'est toutefois pas un point de vue partagé par l'ensemble des professionnels.(22)

L'intégration des deux secteurs pourrait favoriser les groupes eux-mêmes, puisqu'ils *bénéficieraient plus facilement de certaines ressources matérielles* (ex: locaux) et *procureraient un soutien peut-être plus continu.* Certains disent même que le phénomène d'aide mutuelle est beaucoup trop important pour qu'on lui permette de croître de façon isolée des professionnels du secteur formel et trop fort pour être réellement mis en danger par une telle fusion (Gartner et Riessman, 1984). D'autres auteurs identifient encore des avantages pouvant appuyer l'idée d'une intégration. Parmi les avantages cités en faveur d'une harmonisation des efforts provenant des deux secteurs, l'on reconnaît que lorsque ces groupes sont amorcés par des professionnels, ceux-ci combinent leur expertise avec les qualités facilitatrices du groupe afin d'*optimiser les processus interpersonnels et les impacts cognitifs* du groupe (Gottlieb, 1986). La reconnaissance des réseaux informels pourrait donc entraîner une aide *plus compréhensive* et *plus accessible* pour les gens en besoin (Sarason, 1974 dans Katz, 1981; Edmunson et col., 1984).

Il y a cependant des différences conceptuelles, financières et politiques selon les différents pays. Comparativement aux Américains par exemple, les Européens attachent aux groupes d'aide mutuelle une signification plus politique et radicale, et ceux-ci ont moins d'intérêt pour le développement d'une collaboration avec les professionnels ou les agences de services. En Europe donc, le professionnalisme est généralement plus critiqué, et requiert une restructuration fondamentale du système et non une amélioration via les groupes d'entraide. Il est d'ailleurs courant là-bas que les initiatives des citoyens soient soutenues par les fonds publics, du moins en Angleterre, au Danemark et en Hollande (Katz, 1984).

Si donc on peut voir des avantages éventuels à une certaine intégration des deux modalités d'aide, on favorise *non pas une inclusion des aidants informels dans le cadre formel, mais une collaboration entre deux types d'aidants.* On anticipe par contre plusieurs risques à une telle collaboration, particulièrement au détriment du secteur informel. C'est pourquoi la collaboration n'est pas valorisée à n'importe quel prix, mais implique au contraire certaines conditions.

Collaboration professionnels/aidants naturels: les risques

Plusieurs auteurs craignent avant tout une *prise de contrôle par les professionnels du secteur d'aide informel* et ce, à différents niveaux. En premier lieu, les professionnels peuvent encourager

les aidants informels à utiliser les mêmes formes d'aide qu'ils privilégient dans leur pratique (souligné par Gartner et Riessman, (1984) en parlant spécifiquement de groupes d'entraide), par une socialisation subtile aux normes et standards professionnels. Il serait périlleux de professionnaliser ce type d'aide puisque de telles actions *modifieraient les formes d'aide naturelles acceptées et valorisées, pour des techniques professionnelles non adaptées aux normes en vigueur dans les relations informelles* (Gottlieb, 1986). Ce risque est d'autant plus réel que les professionnels sont *perçus par les aidants naturels eux-mêmes comme LA source de savoir* (Lavoie, 1984).(23) Le "biais professionnalisant" peut se manifester de deux façons: en ignorant le contexte socio-culturel des ressources locales ou en surestimant le degré de professionnalisation possible des relations d'aide informelle (Bozzini et Tessier, 1985). Il y aurait alors de part et d'autre des désavantages: la *perte d'autonomie et du sentiment de sa propre efficacité* pour le secteur informel, la *perte d'identité et de pouvoir* pour le secteur formel (Kleiman et col., 1976 dans Todres, 1982).

Une autre forme de récupération possible (ou probable?) tient à l'*application "parachutée" des normes administratives* au secteur informel, lorsque par exemple, on exige des aidants naturels une évaluation systématique de leurs impacts, les obligeant à diminuer leurs interventions pour se conformer à cette tâche (Guay 1984). L'intégration de ces groupes aux structures officielles menace alors la survie même de l'aide informelle. Ainsi récemment, le CRSSS de Québec pensait exiger des associations bénévoles qu'elles s'occupent dans une proportion de 50% des cas référés par le réseau formel; cela aurait détruit leur propre système de références personnalisées (Guay, 1984). Dans une enquête effectuée par Darveau-Fournier (1973), auprès de certains groupes populaires, plusieurs membres disent se sentir comme "des commis bénévoles chargés de faire accepter et de transposer dans la pratique, les décisions des technocrates", ou "comme des intrus au milieu de professionnels voulant garder le monopole des services" (Guay, 1984: p.21).

> *Bref, que l'on parle de récupération, d'aliénation, de professionnalisation ou de colonisation , ce qu'on craint surtout c'est que le secteur informel ne devienne qu'un simple "appendice des agences sociales en place" (expression empruntée à Gartner et Riessman, 1984). Il y a toutefois des exemples de collaboration fructueuse malgré quelques expériences négatives, dans lesquelles des professionnels ont agi comme consultants, initiateurs, entraîneurs, référants, informateurs ou chercheurs (Edmunson et col., 1984). Mais ce n'est pas l'avis de tous (Gartner et Riessman, 1984).(24) Chose certaine, il faut surtout éviter que la collaboration ne soit qu'unidirectionnelle (Guay, 1984).*

Conditions pour une collaboration réelle

Si donc les professionnels s'impliquent directement dans les interventions de soutien informel, avec les groupes ou les autres aidants naturels, ils doivent d'abord en *partager les valeurs et habiletés, accepter d'adopter une nouvelle approche thérapeutique* et se déplacer du cadre formel pour *s'incorporer aux réseaux informels* (Lavoie, 1984; Altamirano, 1984) afin de respecter intégralement les façons de faire, les normes et standards des aidants naturels (Guay, 1984). Cela implique que les intervenants résistent à la tentation d'appliquer les normes et standards professionnels. Les professionnels devront, à mesure qu'ils apprennent à connaître les groupes informels, changer d'attitudes à leur égard et plus généralement à l'égard de l'intervention, de façon à considérer ceux-ci comme des partenaires égaux ayant leurs propres avantages et leurs limites (Tennant et Bayley, 1985). Les intervenants impliqués comme consultants auprès des aidants informels doivent finalement en arriver à concevoir qu"ils *participent à, et non contrôlent,* un processus communautaire complexe (Todd et Amstrong, 1984). A long terme, un consultant efficace cherche avant tout par son travail les contacts sociaux et la vie de communauté; tout en gardant un rôle externe, il doit pouvoir joindre la communauté et en tirer une satisfaction personnelle. Un tel changement d'attitude demande du temps, de la patience et de la chance. Les professionnels doivent passer de l'idée que la "communauté est le problème" à l'idée que la "communauté est la solution" (Naparstek et col., 1982).

Il faut un changement non seulement au niveau des attitudes mais aussi des comportements. Aussi, il s'avère important de favoriser une implication des professionnels comme référants ou consultants pour trouver les ressources matérielles ou financières nécessaires à la création ou au maintien de groupes informels et à l'occasion, une implication plus directe. Lorsque le système informel impliqué est constitué des parents ou amis (réseau naturel) qui sont souvent peu conscients de leur rôle aidant, les professionnels peuvent faire les premiers pas vers eux; si au contraire, l'aide informelle impliquée provient de groupes d'entraide, ceux-ci *doivent garder le droit de choisir* eux-mêmes leurs partenaires (Lavoie, 1984; Altamirano, 1984). Cela implique *une certaine connaissance de l'écosystème* dans lequel la personne ou les individus en besoin sont impliqués et donc une évaluation prélable de l'environnement (Gottlieb, 1986). Par la suite, si des professionnels s'impliquent dans la définition des stratégies d'action, c'est *au même titre que les aidants informels;* tous doivent participer sur une base égale par résolution de problème collective (Lavoie, 1984). Pour certains (Todd et Amstrong, 1984; Yoder et Leaper, 1985), les intervenants doivent laisser aux groupes informels le travail de définir leurs tâches et de les mener à bien. Leur propre rôle est de soutenir ces groupes sans réduire leur pouvoir de s'autogérer. L'un des moyens

de soutien dont ils disposent est d'être au courant des différentes ressources formelles et informelles disponibles pour les individus en besoin. Leur rôle premier consiste donc essentiellement en un rôle de consultant pour soutenir les activités d'aide informelle existantes, et stimuler les citoyens à se prendre eux-mêmes en mains (Guay, 1984). En outre, la *spontanéité* tant un ingrédient essentiel de l'aide naturelle, il serait inacceptable de vouloir imposer ou provoquer des rapports d'entraide entre des gens qui ne le désirent pas. Les conséquences seraient alors pires que les rapports de récupération (Guay, 1984; Todd et Amstrong, 1984).

Les professionnels contrôlant les ressources, l'argent, les facilités matérielles, sans oublier le prestige, la situation sociale et l'expertise, il sera certes difficile de créer ce fameux rapport d'égalité, de "partnership" et de respect mutuel où professionnels et administrateurs sont convaincus que la population possède les ressources nécessaires pour solutionner la plupart de ses problèmes (Guay, 1984; Naparstek et col., 1982).

Naparstek et col. (1982) formulent un modèle détaillé de collaboration entre professionnels et aidants informels, qu'ils mettent sur pied dans les villes de Milwaukee et de Baltimore (USA). Leur objectif tel qu'ils le définissent est de développer des initiatives politiques favorisant l'implication de tous les secteurs d'aide disponibles dans une communauté afin de rencontrer les besoins des différents groupes de personnes. Ce modèle est caractérisé par l'implication des résidents des communautés comme principaux acteurs dans l'évaluation de leurs besoins et dans la formation de réseaux d'aide. Il implique une dualité importante; d'une part, les résidents ne tentent pas de créer des centres de diagnostic, des institutions internes ou encore de prescrire une médication pour les cas plus lourds mais ils opèrent dans leur propre domaine d'expertise: la communauté. D'autre part, les professionnels opèrent aussi dans leur domaine, sans se mêler de dicter les politiques sociales d'un quartier. Ainsi, aucun des partenaires ne contrôle ou ne menace l'autre. Ce modèle comporte plusieurs avantages: 1) il permet de rejoindre la population en besoin mais qui est réticente à chercher une aide professionnelle, 2) il est basé sur les forces et non les faiblesses de la communauté puisqu'il utilise et améliore les systèmes informels pré-existants sans tenter de les contrôler, 3) il est basé sur les compétences spécifiques des résidents d'un quartier quant aux connaissances de ce qui réussira dans ce quartier, 4) il peut améliorer l'implication active du consommateur, 5) il favorise les liens entre les systèmes de soins formels et informels (Naparstek et col., 1982).

Cependant, ce modèle implique aussi une *réduction de la fragmentation et une décentralisation des services formels*. Ce dernier point constitue une condition essentielle à une

collaboration égalitaire entre les deux secteurs (Bagley, 1982 dans Pinker, 1985; Guay, 1984; Hodder, 1985; Knipscheer, 1985; Naparstek et col., 1982). En effet, *à un voisinage spécifique correspond des besoins spécifiques;* il faut donc que les partenaires (les aidants informels et les professionnels) soient localement rattachés au quartier. La structure requise pour un excellent hôpital est différente de celle requise pour développer des liens avec la communauté. Justement, les services centralisés ont peut-être échoué parce qu'ils n'ont pas pu tenir compte de la pluralité sociale et ethnique de la population visée (Naparstek et col., 1982). Une telle décentralisation pourrait favoriser une *flexibilité plus grande* pour les professionnels intéressés à travailler avec les ressources informelles. Celle-ci est jugée essentielle par Chapman et Pancoast (1985) qui expliquaient partiellement l'échec d'un programme auprès des aidants informels par la trop grande rigidité des heures de travail pour les professionnels impliqués. Les auteurs concluaient que des *changements organisationnels doivent être prévus pour permettre aux professionnels ayant les habiletés requises, d'avoir toute la flexibilité demandée.* De même pour Gottlieb (1985a):

> *Nous devons leur dire (au Gouvernement et aux administrateurs publics) qu'un nouveau système de services organisé uniquement "dans le dos des gens" est voué à l'échec. Nous devons leur montrer que la promotion des réseaux de soutien naturels implique la restructuration des services formels, le redéploiement et le réentraînement des professionnels de la santé et des services sociaux à initier et à collaborer avec les systèmes de soutien communautaire" (p.73).*

Enfin, le secteur informel ne peut assumer plus de responsabilités qu'il en assure couramment, sans un *soutien financier adéquat* de la part de l'Etat (Pinker, 1985).(25)

Mais l'Etat n'a pas uniquement la responsabilité d'assurer un soutien financier. Il faut aussi qu'il développe des *politiques nouvelles* qui requièrent des changements sociaux: 1) *la reconnaissance et l'acceptation des limites* du soutien informel (il ne peut agir comme les services publics en tant que droit du citoyen et est souvent impuissant face aux grandes inégalités sociales et économiques), 2) la réorganisation des services publics impliquant une redivision des pouvoirs entre les secteurs formel et informel de façon à *promouvoir la coopération,* 3) l'initiation de changements dans les valeurs des professionnels pour qu'il y ait *partage réel des pouvoirs,* ce qui n'implique pas leur "déprofessionnalisation", 4) la sélection de *solutions préventives* à long terme et non seulement de solutions à court terme, 5) la modification des situations qui contribuent à maintenir les *inégalités sexuelles* par la prépondérance des femmes dans les rôles d'aidants (Walker, 1985). Il peut être souhaitable aussi de créer un organisme chapeautant les différents

groupes d'aide mutuelle, qui assumerait plusieurs responsabilités dont celles de *compiler les informations* sur les groupes locaux et nationaux pour servir de références aux professionnels et aux consommateurs, la *publication d'un bottin des groupes* dans la région locale, *l'assistance technique* aux groupes existants, l'*assistance aux personnes intéressées* à former de nouveaux groupes, à développer des habilités de soutien, à faire de l'éducation communautaire ou de la recherche (Borck et Aronowitz, 1982).

Les professionnels et administrateurs publics n'étant pas isolés du reste de la société, la promotion d'une nouvelle collaboration avec les ressources informelles ne peut se faire que *parallèlement avec la promotion de ces ressources dans les valeurs culturelles, locales ou sociales* (Guay, 1984), valeurs qui empêchent actuellement l'émergence d'une génération orientée vers l'entraide et le support social (Gauthier, 1985).

Par ailleurs, il faut aussi favoriser la *recherche* et la *prévention des situations stressantes*. Les efforts pour augmenter le soutien social devraient être inséparables de ceux pour améliorer la qualité de la vie (Hirsch, 1985). Similairement, Bozzini et Tessier (1985) disent:

> *Une part importante des actions souhaitables n'auraient d'ailleurs pas les interactions sociales comme cible, mais plutôt les aménagements physiques et structuraux qui donnent un cadre constant à ces interactions. On favorise plus le support social en installant une cafétéria dans un local accessible où se retrouvent quelques chaises et une plante verte, qu'en organisant des rituels de partage en groupe qui ne manquent pas, à l'occasion, de faire pression sur le droit strict à la privauté (p .929).*

De tels changements d'attitudes et de comportements de la part des planificateurs, administrateurs ou professionnels du secteur public répondront possiblement aux attentes des membres de groupes d'entraide. Sous l'initiative de Hodder (1985), une série de séminaires ont été mis sur pied afin de réunir les membres des secteurs formel et informel. Les aidants informels y avaient à ce moment définis leurs besoins, notamment: 1) qu'on accorde *une valeur à leur action*, 2) qu'on puisse les *supporter émotivement*, 3) qu'on leur communique des *informations claires et accessibles* sur les services formels et informels disponibles, 4) qu'on les *aide financièrement*, 5) qu'on les *accompagne* dans les nombreuses démarches essentielles à l'obtention de subventions.

En somme, comme le souligne Naparstek et col. (1982), il faut à court terme des changements plus radicaux:

> *Mettre une affiche qui se lit "Centre Communautaire de Santé Mentale" sur une devanture ne crée pas une communauté. Appeler un groupe de citoyens "directeurs" ne transforme pas une institution mandatée en une entité dirigée par la communauté, et capable d'aider les gens où et quand ils ont besoin d'aide" (p.3).*

CHAPITRE 3

L'INTERVENTION AXEE SUR LE SOUTIEN SOCIAL AU QUEBEC: ANALYSE DE LA SITUATION

INTRODUCTION

Le but de ce travail consiste à prendre le pouls de projets dont les objectifs sont, directement ou indirectement, l'amélioration de la santé physique et mentale en adoptant des stratégies d'action qui encouragent le soutien social par la création de liens ou l'amélioration des liens existants. Ces projets ne visent généralement pas la guérison d'un état: ils sont davantage centrés sur la gestion de problèmes personnels et l'une des stratégies privilégiées est l'entraide au sein du réseau social ou à travers des liens de parrainage ou d'amitiés nouvelles.

METHODE

Nous avons demandé à l'aide d'une entrevue dirigée à des représentants de projets de faire le point sur l'évolution de leur entreprise en indiquant la nature de leurs objectifs et en appréciant si ceux-ci ont été atteints[26]. Il s'agit d'une tentative d'auto-évaluation qui ne possède aucune prétention à l'objectivité puisque les participants eux-mêmes contrôlent l'information fournie. Elle a surtout le mérite de renseigner sur la vitalité relative de cette forme d'intervention et de recueillir quelques indications qui permettent d'orienter un peu mieux les politiques futures.

Pour arriver à cette fin, il était nécessaire de choisir des projets possédant une certaine maturité, c'est-à-dire qui puissent avoir eu l'opportunité de faire leurs preuve[27]. Nous avons donc choisi un groupe de 40 projets à partir d'une banque de 327 descriptions obtenues dans la première phase de l'enquête[28]. Les données devaient fournir une certaine assurance que le projet visait des objectifs de soutien social. Nous avons également voulu choisir une gamme aussi représentative que possible de projets à travers tout le Québec. Les régions sont donc représentées en proportion de leur poids démographique relatif. Nous voulions également des projets de divers types de telle sorte que nous avons omis de choisir deux groupes relevant d'une même filiation ou dont l'objectif était quasi identique (par exemple, groupe d'allaitement, soins des personnes âgées à domicile). Alors que les groupes rattachées au réseau du ministère étaient majoritaires dans la première phase de l'enquête (, ils sont devenus légèrement minoritaires dans la deuxième phase (14 vs 20). Une copie des instruments se trouve en Appendice A.

CARACTERISTIQUES DES PROJETS A - PRE-ENQUETE DE SELECTION

Cette section rapporte un certain nombre de données descriptives tirées de la pré-enquête. Rappelons que celle-ci avait d'abord pour objectif d'identifier des projets "matures" de soutien

social. Cette opération permettait cependant de récolter un certain nombre de données sur les caractéristiques de ces projets. Le projet initial ne prévoyait pas d'analyses pour cette phase. Cependant, les données ont permis de constater des différences intéressantes entre les CLSC urbains et ruraux que nous croyons utiles de rapporter.

Répartition des projets par type d'institution

Le tableau 3 donne la distribution du nombre de projets de "soutien social" (tel que défini dans les lettres adressées aux institutions et groupes communautaires) rapportés.

Tableau 3

Nombre d'institutions et de projets

	Institutions	Projets
CLSC	39	190
Gr. comunau.	26	109
DSC	3	8
CSS	7	20

Ce tableau ne doit pas être pris comme indicatif de la fréquence de ce type de projets dans le réseau des Affaires Sociales, ni dans l'univers des groupes communautaires. Par exemple, 39 CLSC ont répondu à notre pré-enquête. Nous n'avons pas relancé ceux qui n'avaient pas répondu puisque notre objectif n'était pas de donner un tableau exhaustif. Le nombre de réponses est cependant suffisamment élevé pour qu'on ait une idée (même si non-exhaustive) de ce qui se fait sous cette rubrique dans une partie des CLSC du Québec.

Dans la suite de cette section, on ne traitera pas les catégories DSC et CSS, le nombre de répondants/projets ne se prêtant pas à une description plus détaillée. On ne traitera pas non plus des projets des groupes communautaires, le nombre de groupes ayant été contactés et surtout ayant répondu à l'enquête étant beaucoup trop petit par rapport à ce qu'on peut présumer être le nombre total de groupes communautaires actifs au Québec.

Classification en fonction du type de projet

Nous avons donc au départ 190 projets rapportés par 39 CLSC. Les trois quarts d'entre eux peuvent être classifiés selon le type d'activité dans l'une des catégories suivantes: entraide, parrainage ou thérapie de réseau. Une analyse plus appronfondie des objectifsde ceux qui restent permet par la suite d'en classifier un certain nombre dans l'une des catégories de telle qu'en

ayant répondu à l'enquête étant beaucoup trop petit par rapport à ce qu'on peut présumer être le nombre total de groupes communautaires actifs au Québec.

Classification en fonction du type de projet

Nous avons donc au départ 190 projets rapportés par 39 CLSC. Les trois quarts d'entre eux peuvent être classifiés selon le type d'activité dans l'une des catégories suivantes: entraide, parrainage ou thérapie de réseau. Une analyse plus appronfondie des objectifsde ceux qui restent permet par la suite d'en classifier un certain nombre dans l'une des catégories de telle qu'en définitive quelques 175 projets parmi ceux qui ont été reçus sont considérés promoteurs de soutien social. Par exemple, un projet de rencontres d'informations peut avoir comme objectif de briser l'isolement social. Le tableau 4 présente la distribution des projets.

Tableau 4

Catégories de projets des CLSC en %

	Nombre	%
Entraide	148	85
Parrainage	21	12
Thérapie réseau	6	3
TOTAL	175	100

Ce tableau appelle deux commentaires. D'une part, il montre que les CLSC sont fortement engagés dans le champ des activités de soutien social collectif. Même si nos données ne nous permettent pas d'extrapoler à l'ensemble des CLSC, il est intéressant de constater que 39 CLSC conduisent 175 projets de ce type.

D'autre part, les projets d'entraide dominent largement le tableau, même si les projets de parrainage prennent tout de même une certaine importance. On examinera ci-après un certain nombre de caractéristiques de ces projets en ignorant cependant les projets de parrainage et ceux dits de "thérapie de réseau" vu leur importance moindre et leur faible nombre qui interdit ou se prête mal à des descriptions plus détaillées.

Les projets d'entraide

Les types de clientèles

Le Tableau 5 indique la distribution des projets par types de clientèles:

Tableau 5

Projets d'entraide des CLSC selon le type de clientèle

	urbain (N=80)	rural (N=68)
Couple-famille	48	31
Jeunesse	9	6
Personnes âgées	16	19
Toxicomanies	0	3
Handicap/maladie	4	15
Santé mentale	5	1
Santé physique	3	6
Communautaire	14	13
Inclassifiable	3	6

On voit que les projets "couples/famille" dominent largement le tableau suivi des projets pour les personnes âgées et les projets s'adressant à des groupes moins spécifiquement identifiés. Ceci reflète d'une certaine manière les champs d'activité des CLSC, c'est-à-dire l'importance des activités de ceux-ci dans les secteurs enfance/santé maternelle au sens large de la famille et dans le secteur des personnes âgées. Notons également que les CLSC en région rurale rapportent une plus forte prévalence de projets pour la catégorie handicaps/maladie. Ceci reflète probablement le fait que les services et ressources communautaires pour cette clientèle sont moins nombreux en région rurale.

Activités à l'extérieur du projet

Une question portait sur l'existence ou non d'activités "extérieures", supplémentaires pour ainsi dire, au projet rapporté. Les résultats montrent que 69% des projets ruraux et 57% des projets urbains débordent dans des activités extérieures.

On voit qu'une forte majorité de projets comportent des activités au-delà des activités de groupes constituant le projet même (activités de groupes, activités de sous-groupes, de dyades comme le soutien téléphonique, etc.). Ceci montre, et c'est intéressant à remarquer, que dans une majorité de projets on essaie, lorsque cela est utile et possible, d'augmenter l'étendue des réseaux/activités de soutien, d'élargir et enrichir le tissu social de soutien. On voit également que ceci est plus fréquent en milieu rural. Ceci reflète sans doute certaines caractéristiques des communautés rurales qui offrent des possibilités plus limitées de rencontres et d'activités.

Initiation des projets

Le Tableau 6 indique qui est responsable de l'initiation du projet.

Tableau 6

Initiateurs des projets (%)

	Urbain (N=80)	Rural (N=68
Etablissement	74	41
Communauté	7	24
Concertation	12	6
Inconnu	6	29

Ce tableau montre donc une différence importante entre le milieu ubain et rural. En milieu rural, le projet part beaucoup plus souvent de la communauté alors qu'en milieu urbain, l'établissement est très majoritairement l'initiateur. Dans les deux cas, notons toutefois que l'établissement joue un rôle important, seul ou en concertation. Il faut également être prudent dans l'interprétation de ces résultats vu le nombre élevé de réponses non-valides en milieu rural. Avec ces limitations à l'esprit, il semblerait qu'en milieu rural la communauté est plus active dans le démarrage de projets. Cette donnée ne nous autorise pas cependant à conclure rapidement dans le sens du mythe de la communauté rurale intégrée, active et participative. Ceci reflète peut-être tout bonnement le fait qu'en milieu rural les ressources, services et opportunités sont plus restreints, de sorte que la participation est pour ainsi dire nécessaire.

Utilisation des ressources de l'établissementt

Tableau 7

Utilisation des ressources des établissements

	Urbain (N=80)	Rural (N=68
Locaux	54	32
Services	25	16
Equipement	56	41
Non utilisation	17	41

La très grande majorité des projets, soit 70% comprend un maximum de deux intervenants du CLSC, ce qui ne signifie pas du reste, sur la base de ce qui est connu des CLSC, des intervenants à temps complet. Les projets ne sont donc pas de forts consommateurs de ressources humaines institutionnelles.

Les projets initiés en milieu urbain utilisent généralement plus de ressources matérielles, surtout lorsqu'on parle de locaux ou d'équipement (Tableau 7. Cela peut refléter simplement le fait que moins de ces ressources sont peut-être disponibles dans les CLSC ruraux. Relativement peu de projets d'entraide, surtout en milieu rural, ont recours aux autres services existant dans les CLSC, ce qui dénote possiblement une certaine autonomie. Enfin, mentionnons que les deux tiers des projets ont recours à des bénévoles

CARACTERISTIQUES DES PROJETS: B - ENTREVUES

Cible des projets

Comme on le voit au Tableau 8, la grande majorité des projets sont orientés vers des problèmes concernant le couple et la famille ou encore des groupes d'âge particulier. Peu de projets visent donc directement une communauté ou des problèmes en dehors de la sphère familiale. Ce n'est donc qu'indirectement que l'on cherche à agir sur les liens sociaux de l'individu.

Ce sont largement les milieux défavorisés qui sont visés par ces projets puisque la moitié (17/34) d'entre eux s'adressent majoritairement à ce secteur de la population tandis que les autres s'adressent généralement à la population dans son ensemble. Comme on peut facilement le

comprendre, les adultes forment la clientèle totale ou partielle de près de 90 % des projets. Les enfants sont visés dans huit, les adolescents dans quatre et les personnes âgées dans cinq.

Tableau 8

Clientèle des projets

	N	%
Couple et famille	18	51
Adolescence	2	6
Troisième âge	2	6
Handicap et santé	3	9
Santé mentale	6	17
Communauté	2	6
Autres	3	9

Un autre aspect intéressant est que ces projets semblent moins souvent se limiter à une petite unité géographique. Onze seulement couvrent un quartier; tous les autres s'adressent à une ville ou à une région.

Le nombre de personnes rejointes est passablement élevé puisqu'une moitié des projets ont touché entre 20 et 100 personnes et que l'autre moitié a atteint au moins 100 personnes. Ces chiffres, souvent cités par les répondants à partir des rapports annuels de leurs organismes, peuvent être trompeurs sur la profondeur de l'engagement des participants, la présence dans une statistique pouvant équivaloir à un simple appel téléphonique.

Disponibilité

Ce qui est étonnant est la relative disponibilité offerte par ces groupes. La plupart (83 %) sont accessibles le jour et les deux tiers (21) de l'ensemble des projets le sont cinq jours par semaine. Les deux tiers (69 %) sont accessibles le soir dont neuf cinq soirs par semaine. Il ne faut pas cependant comparer ces groupes à des institutions privées ou publiques. Etre accessible signifie en beaucoup de cas qu'il y a quelqu'un qui chez lui ou à l'extérieur est préparé à répondre à un appel ou à une demande d'information. La disponibilité ainsi définie s'étend aussi aux fin-de-semaine pour dix projets et aux nuits pour cinq (services aux nouvelles mères en particulier), ce qui est assez remarquable.

Nature des projets

Objectifs

Bien que la plupart des projets aient un but concret bien défini et circonscrit - allaitement, maintien à domicile - ils veulent atteindre des objectifs qui touchent davantage des dimensions plus globales de la personne. Ces objectifs ne sont pas toujours explicites auprès de la clientèle parce qu'ils paraîtraient trop éloignés de leurs préoccupations.

Tableau 9

Objectifs des projets

OBJECTIFS	N	%
briser isolement	21	60
créer des liens	12	34
entraide	20	57
autonomie	22	63
sensibilisation	24	69
information	17	49

La catégorie briser l'isolement implique plutôt le souhait que les personnes trouvent un lieu de rencontre à l'extérieur. Par créer des liens, on entend favoriser des rencontres en dehors des activités formelles. L'entraide réfère à des activités d'échanges de service telles que comptoirs de linge ou partage de garde d'enfants. La majorité des projets visent à agir sur le tissu social des individus à travers les problèmes abordés.

Activités

Tableau 10

Liste des activités

TYPE	N	%
information	25	71
formation	13	37
partage de vécu	25	71
écoute (téléphone)	7	20
parrainage	11	31
thérapie	3	9
réunion de réseau	1	3
sorties en groupe	12	34
échange services	6	17

Deux types d'activités sont centrales dans ces groupes soit les séances d'information et les réunions où l'on partage ses expériences personnelles. Par contre, peu d'activités entrent sous la rubrique "thérapie". Il n'y a là aucune découverte pour qui est familier avec ce type de groupe. Par contre, les réunions de réseau sont à peu près inexistantes comme activité organisée bien que ce soit à ce niveau que l'on escompte produire des résultats à plus ou moins long terme. S'il y a action sur le réseau, c'est à travers le parrainage ou la mise en contact avec une personne qui a habituellement traversé une expérience de vie similaire avec un certain succès mais non en travaillant avec l'entourage immédiat de la personne participant au programme ou dans une moindre proportion dans des activités d'échange de service. Ce qui peut surprendre, c'est le nombre élevé de sorties en groupe, représentant le tiers des projets. En général, ces sorties sont faites à la demande expresse des participants et ne sont pas prévues au départ par les coordinateurs.

Partage des tâches

Plus de deux tiers des projets (24) peuvent compter sur au moins un intervenant professionnel soit comme membre du personnel soit sur la base d'un contrat fixe. Ces personnes sont généralement des infirmières, des travailleurs sociaux, des psychologues, des éducateurs ou des agents de relations humaines. La moitié (16) possèdent au moins un intervenant non-professionnel rémunéré. A ce personnel rémunéré, il faut ajouter toute une armée de bénévoles. Plus des deux tiers (20) en rapportent au moins dix dont le tiers (12) dépasse le seuil de 50

bénévoles. Ces dernières statistiques sont difficiles à interpréter puisque le roulement est rapide et que le degré d'engagement est très variable. Par ailleurs, certains des bénévoles sont des étudiants universitaires ou des professionnels avec beaucoup d'expérience de telle sorte qu'il est hasardeux parfois d'opérer une distinction trop nette entre professionnels et bénévoles. Les bénévoles peuvent également être des participants dans un programme qui donnent de leur temps à l'organisation de certaines activités.

Tableau 11

Distribution des rôles

(% de la catégorie pour l'ensemble des projets)

ROLES	INTERVENANTS	BENEVOLES	PARTICIPANTS
coordinatioon	87	21	0
animation	58	38	0
écoute téléphone	7	21	6
consultation	16	11	6
supervision	62	21	0
formation	42	21	0
accompagnement	0	35	6
administration	39	48	15
evaluation	13	3	0
organisation matér.	3	21	39
organisation activ.	36	41	33

Même si un certain égalitarisme est prôné, il s'opère néammoins une distribution des tâches comme l'illustre le tableau 4. Le rôle de coordination incombe en général à un intervenant pivot qui constitue une sorte d'échine du groupe. Les tâches d'animation, de supervision et de formation sont au centre des préoccupations des intervenants. Par contre, il y a très peu d'évaluation et cela se comprend si l'on considère les restrictions de temps et de budget. Les bénévoles pour leur part sont surtout impliqués dans l'animation et l'accompagnement. Leur contribution à l'administration demeure par ailleurs significative. Les participants sont, eux, surtout actifs dans l'organisation matérielle et des activités.

Evaluation

Lorsqu'un projet appuyé en grande partie sur la bonne volonté de bénévoles fonctionne, c'est que le climat est en général relativement bon. Sinon, un projet ne pourrait durer très longtemps avec un climat de défaitisme. Ce n'est donc pas surprenant que les interviewés aient

répondu à la quasi unanimité que leurs objectifs ont été atteints en tout (28) ou en partie (5). La plupart de ces opinions sont basées sur des commentaires reçus ou sur diverses observations non systématiques comme les suivantes: plusieurs maris sont devenus amis, deux femmes sont allées vivre ensemble, diminution de la prise de médicaments et de consultations, faible taux de réhospitalisations, maintien à domicile réussi, personnes âgées ne sont plus perçues comme un problème dans tel hôpital, évitement du placement en famille d'accueil. Seulement trois projets ont utilisé un questionnaire et cela se comprend en considérant la lourdeur d'une enquête. Trois projets se référaient à la résolution de problèmes mais en citant des anecdotes.

Action sur la personne et son réseau de soutien

Ce qui motivait beaucoup de responsables était la présence de changements personnels spectaculaires et vraisemblablement attribuables à leur projet comme en fait foi l'exemple suivant:

> *Nous avons vu une madame venir au groupe pour la première fois et à cause des problèmes auxquels elle devait faire face (violence familiale, relations avec les enfants, alcoolisme), elle tremblotait beaucoup. Cette dame était davantage détendue au fur et à mesure des rencontres. Lorsqu'elle a commencé à venir au groupe, elle était en congé de maladie pour dépression. Elle a réintégré son travail après la cinquième ou sixième rencontre et elle y est encore actuellement.*

Plusieurs interviewés rapportaient explicitement avoir observé une amélioration de la santé physique et mentale des participants. Il n'est évidemment aucunement possible de juger la réalité en fonction de tels commentaires, mais on peut en conclure tout au moins que les personnes impliquées tiennent à se montrer sous un jour favorable et à montrer le dynamisme de leur entreprise.

La presque totalité des projets soutiennent avoir créer des rapports d'amitié (27) et d'entraide (29) de même que des liens d'échange de services (17). Si nous ne pouvons apprécier l'ampleur du phénomène, on peut en déduire que les responsables demeurent sensibles à ces dimensions ne fut-ce que pour les nommer spontanément dans le contexte d'une entrevue semi-dirigée.

Comme les activités visaient davantage les liens familiaux, ce sont ceux-ci qui ont été rapportés comme modifiés par les interventions. Le tiers avoue que les relations entre conjoints et

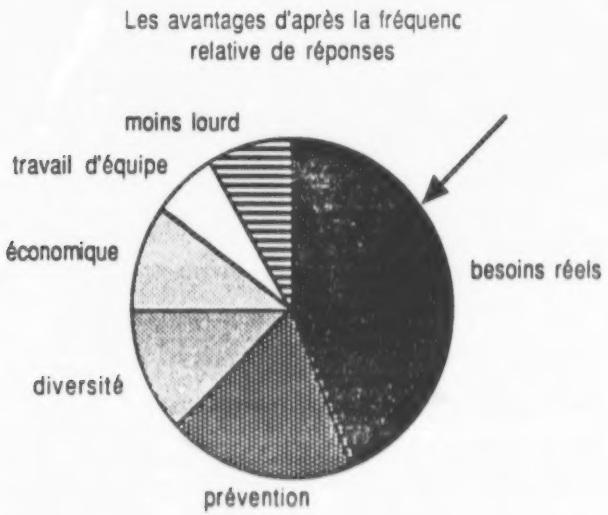
entre parents et enfants ont été modifiées. Dans quelques cas, surtout en ce qui concerne le couple, les changements ne sont pas pour le mieux. Il arrive que l'époux en particulier n'accepte pas volontiers que sa femme s'implique dans un groupe axé sur la conscientisation des participantes.

Les liens avec les voisins (6) ou les amis (3) sont rarement spécifiés. Les entrevues laissent croire cependant que plusieurs des changements obtenus ont un impact dans la communauté environnante.

Avantages de l'intervention

La plupart des répondants étaient très enthousiastes à décrire les avantages de leur mode d'intervention et il n'y a pas à en s'en surprendre encore une fois. L'important est surtout de retenir les points qu'ils soulignent et ceux auxquels ils attachent spontanément moins d'importance. La figure ci-dessous illustre la fréquence relative des types davantage cités:

Figure 1



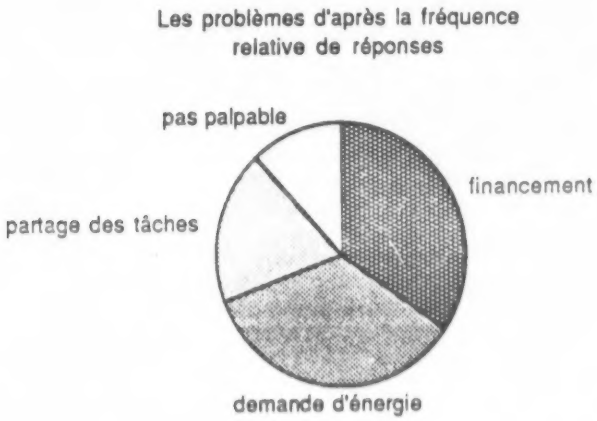
Ce schéma permet de constater que les motifs reliés à la nature de la tâche apparaissent plutôt secondaires. En effet, le fait d'avoir un travail diversifié, que le poids à porter soit moins lourd, ou la possibilité de travail en équipe ne sont cités que quelquefois. La prévention est nommé, mais pour seulement un quart des projets au total. La grande constante (21), c'est que les répondants

ont l'impression de mieux correspondre aux besoins réels de la population à travers ces activités. On disait que les gens venaient plus, que les programmes étaient plus souples pour s'adapter à leurs désirs par opposition à une situation où les services sont tous planifiés.

D'autres types d'avantages ont été mentionnés à quelques reprises comme la possibilité de s'adresser à la personne dans sa globalité en évitant le danger de la découper en problèmes, l'opportunité pour la communauté de se reprendre en main et les meilleures possibilités de collaboration entre les gens.

Désavantages de l'intervention

Figure 2



Seulement 22 projets ont nommé au moins un problème lié à ce type d'intervention[1]. Le grand problème qui ressort est celui du financement, mais qui n'a été nommé que par neuf projets tout de même. Nous y reviendrons plus tard. L'autre problème important est celui des sommes d'énergie qu'ont à déployer les intervenants. Cela se comprend en considérant les horaires d'accessibilité très étendues de ces projets.

D'autres problèmes ont été mentionnés au fil des entrevues et ils s'appliquent probablement à au moins quelques projets: tout d'abord le danger de dépendance d'une partie de la clientèle qui s'accroche autant ici qu'ailleurs aux pourvoyeurs de services; le fait que la formule ne convienne

[1]Il faut signaler que les répondants venaient tout juste d'énumérer les avantages de leur projet et que la question tombait un peu à contre-courant.

pas à tout le monde; résistance de familles qui préfèrent demander de l'aide sans avoir à s'impliquer et certains se sentent à l'occasion dépassés quand la dynamique familiale ou personnelle est trop complexe. En milieu rural en particulier, il y a l'obstacle des conflits de personnalité qui sont transportés dans le groupe ou de la difficulté à partager son vécu dans un contexte de proximité sociale.

Les intervenants

Malgré le danger de biais reliés à l'auto-évaluation, on peut quand même affirmer sans risque que le dynamisme observé auprès des intervenants est réel. Pas moins de 30 projets déclarent que leurs intervenants sont fortement impliqués, tandis que deux qualifient cette implication de moyenne et un seulement de faible. Même écho lorsqu'on aborde la question de la motivation. Ici, 29 projets évaluent la motivation comme forte, deux comme moyenne et un seul comme faible. Cependant, lorsque nous avons abordé le thème de l'épuisement, presque la moitié (17) y voyaient un risque certain sans toutefois se classifier nécessairement dans cette catégorie. Plusieurs motifs ont été soulignés dont le manque de finacement, le partage des responsabilités ou le manque de valorisation de l'admistration; mais le plus constant était relié à la trop grande charge de travail (10).ainsi qu'au manque de collaboration. Nous en concluons que le danger d'épuisement semble une constante dans le milieu des services sociaux et communautaires peu importe les stratégies développées pour faire face aux problèmes. Les dangers qui guettent l'intervention de réseau sont la nécessité de se déplacer souvent à domicile et d'être disponible en dehors des heures régulières de travail.

Les intervenants qui choisissent cette stratégie ont pour la plupart un préjugé favorable et se sentent plus stimulés par le fait de se libérer du milieu institutionnel et se mettre au diapason de la vie quotidienne des gens. Par contre, ils doivent parfois faire face aux tensions et constestations des autres intervenants traditionnels, compter sur des résultats à long terme et tolérer le manque de délimitation des tâches.

Liens avec les professionnels

Les liens entre les professionnels et les non-professionnels ou les bénévoles sont dans l'ensemble très positifs (13 cas sur 18). Si seulement 18 projets ont répondu, cela s'explique par le fait que la moitié des projets se sont vraisemblablement développés en dehors de la sphère d'influence des profesionnels malgré d'autre part le fait que 31 des projets collaborent d'une façon ou d'une autre avec les professionnels. Il faut également ajouter que les professionnels qui

acceptent d'oeuvrer au sein de ces groupes sont pour la plupart gagnés au type d'objectifs que ceux-ci se sont donnés et qu'ils sont à l'occasion marginaux par rapport à leur profession. Les collaborations se font principalement par des références (19), de la publicité (9) et des rencontres de concertation (7). Il n'en demeure pas moins que le souhait d'une reconnaissance explicite des sphères de compétence de chacun a été mentionné à quelques reprises.

Liens avec l'administration et les ministères

Dans l'ensemble, l'administration supérieure, lorsqu'il y en avait une, ne causait pas de problèmes sérieux. Dans 15 cas sur 18, le jugement était favorable. Il faut bien sûr souligner que si l'administration avait été négative, le projet n'aurait probablement pas eu la chance de se développer.

Les commentaires laissaient cependant voir un peu plus de tensions que ces statistiques. Même si les projets sont encouragés, il peut exister des conflits sur les modalités d'action. Le rapport de force est considéré à l'occasion comme inégal entre l'administration et les organisateurs communautaires. D'autre part, on ne reconnaît pas autant la valeur des activités de prévention qui sont difficilement transformables en statistiques. On peut également reprocher aux administrateurs d'être trop influencés par la recherche universitaire et d'être intolérants à l'égard des projets qui ne rapportent pas rapidement.

Au niveau des rapports avec les ministères et les organismes subventionnaires, il va sans dire que les paperasses constituent un cauchemar forcant parfois à employer du personnel à cette seule fin. L'énergie consacrée à ces tâches est ainsi soustraite aux efforts adressés à la clientèle. On se plaint aussi d'être les vaches à lait sans la reconnaissance attendue au niveau des priorisations politiques et également de la distance des fonctionnaires à l'égard des besoins de la population.

Avenir

Plus des trois quarts des projets croient que leur continuité est assurée alors que huit autres émettent quelques doutes suite en grande partie à l'insécurité du financement. La principale raison pour laquelle on croit que le projet continuera est que celui-ci répond à un besoin criant de la population. On invoque très souvent que ce n'est pas un organisme de planification qui a décidé qu'un besoin existait, principale critique faite aux projets parachutés, mais les gens du milieu.

Neuf projets ont également mentionné que c'était à cause du modèle d'intervention et 11 parce qu'il y avait priorisation de problèmes sociaux.

Les subventions gouvernementales (23) et les contributions de Centraide (11) constituent les principaux bailleurs de fonds de ces projets. Il n'y a que très peu d'auto-financement. Les autres sources sont les communautés religieuses (5) et une série de moyens divers (fédération, campagne de financement, cotisation). Seulement un projet se dit subventionné par un organisme privé. Comme les engagements sont la plupart du temps sur une base annuelle, il n'y a que très peu d'assurance à moyen terme.

Les budgets sont relativement restreints comme on peut s'y attendre, dix projets comptant sur une somme annuelle inférieure à $10,000.00 et cinq sur plus de $50,000.00. Mais le tiers des projets n'ont pas répondu à cette question.

Enfin, nous avons demandé aux projets s'ils avaient des conseils à formuler pour lancer de pareilles entreprises. Seulement 20 projets ont répondu. Sur ce total, neuf jugaient important de bien établir le partage des tâches, neuf autres de clarifier ou de ne pas perdre de vue les objectifs, sept de partir des besoins des gens et quatre d'établir une bonne communication entre les membres du projet.

PROJETS COMMUNAUTAIRES ET INSTITUTIONNELS

Nous avons cru intéressant pour clore ce rapport de comparer les groupes dits institutionnels regroupés pour la plupart sous l'égide d'un CLSC et les groupes communautaires ou qui ne relèvent pas directement d'une administration centrale. Nous ne comptons malheureusement que sur des données statistiques et sommes conscients du danger de conclure à des similarités superficielles en l'absence de différences significatives dans les comparaisons. Par ailleurs, les différences peuvent suggérer des réflexions intéressantes. Il faut évidemment considérer que ces deux types de groupes sont généralement unis par une philosophie et des méthodes similaires. Si les projets des CLSC peuvent être dans une certaine mesure soumis à des directives plus centrales, ils peuvent aussi être régis en partie par des membres de la communauté.

Dans l'ensemble, il existe plus de similarités que de différences entre ces deux types de groupes. Pour ne pas alourdir ce rapport, nous insisterons davantage sur les différences.

Les projets institutionnels sont davantage centrés sur le couple et la famille (9/13) que ne le sont les groupes communautaires (9/18). La moitié des groupes communautaires ne possèdent

aucun intervenant professionnel contre seulement un dans l'autre catégorie. Par contre, il n'y a pas de différence véritable au niveau du nombre relatif de projets avec un intervenant temps-plein. Très peu de différences également au niveau de proportion des projets avec des bénévoles. La différence est au niveau du nombre: sept projets communautaires sur 18 disent pouvoir compter sur plus de 50 bénévoles, ce qui n'est le cas que pour un seul projet institutionnel. Les projets communautaires se déclarent relativement accessibles le soir (16) et la fin-de-semaine (7). Les projets institutionnels le sont quelque peu moins (7 le soir et 3 les fin-de-semaine), mais il faudrait peut-être tout de même souligner la relative disponibilité de ces derniers. Autre contraste qui s'explique facilement, les projets institutionnels oeuvrent plus souvent sur la base d'un quartier que les projets communautaires (8 contre 3).

Assez curieusement, il n'y a pas de véritable différence dans les rôles occupés par les intervenants, les bénévoles et les participants. De même pour les objectifs et les activités si ce n'est qu'il y ait plus d'écoute téléphonique au sein des groupes communautaires que chez les groupes professionnels (6 vs 1). La même similarité est encore notée en ce qui concerne la perception des avantages et des désavantages de ce type d'intervention. Cependant, lorsqu'on aborde les problèmes de fonctionnement, les groupes communautaires déclarent nettement plus de difficultés financières que les groupes institutionnels (8 vs 1). Ils comptent davantage sur la participation de Centraide ou des communautés religieuses malgré que plus de la moitié (11 sur 17) obtiennent des subventions gouvernementales.

CHAPITRE 4

SYNTHESE ET RECOMMANDATIONS

A la lumière des informations fournies par la recension d'écrits ainsi que des deux (2) enquêtes effectuées auprès de prometteurs de projets visant le développement du soutien social auprès de différentes populations, nous nous proposons d'esquisser certaines conclusions susceptibles de clarifier notre point de vue sur différents aspects de l'intervention en santé physique et mentale. Nous formulerons également quelques suggestions sur les implications possibles dans la planification et l'organisation des systèmes de santé et des services sociaux.

D'abord, nous fournirons une synthèse portant sur la diversité des éléments associés à la notion de soutien social, ses effets bénéfiques sur l'adaptation humaine et les conséquences sur l'intervention. En soulignant le caractère distinct des univers dans lesquels évoluent l'aide non professionnelle et professionnelle, nous suggérerons, dans un deuxième temps, des pistes de réflexion concernant leur mode de fonctionnement ainsi que les conditions pour que se développent des collaborations ponctuelles et efficaces. L'Etat ayant un rôle primordial à jouer pour assurer le bien-être des citoyens, nous proposerons quelques recommandations concernant la gestion, le financement et l'évaluation des initiatives communautaires ou en milieu institutionnel axées vers la promotion du soutien social. Enfin, nous privilégierons une approche socio-sanitaire des CLSC dont le mandat pourrait être élargi et son rôle dans le développement social et communautaire réaffirmé.

LE SOUTIEN SOCIAL: LE PLURALISME À L'HONNEUR

Comme nous avons déjà pu le constater, les effets bénéfiques résultant des contacts sociaux sont variés et reflètent la diversité des besoins exprimés par les individus placés dans différents contextes ou aux prises à faire face à différentes situations. Les enquêtes ont permis de révéler les formes multiples que prennent les activités de soutien social tant dans les milieux institutionnels que communautaires. Que ce soit par exemple par le biais d'une *aide plus instrumentale* (information, échanges de services, formation), *plus affective* (partage de vécu, écoute téléphonique) ou *récréative* (sorties de groupe, repas communautaires, vacances collectives), l'aide apportée semble, d'après les perceptions des répondants et la revue de littérature recensée, faciliter l'adaptation des individus. Les modes d'intervention s'ajustent non seulement aux besoins plus ou moins spécifiques des individus mais également à la relative pauvreté des ressources disponibles dans

l'environnement social. Tantôt une *mobilisation ou une modification des ressources ou liens déjà existants* s'avèrent utiles: l'intervention en réseau ou l'actualisation du potentiel des aideurs naturels au sein d'une communauté en sont des exemples. Dans d'autres situations, *la création de nouvelles relations* s'avère pertinente, soit par le biais de l'insertion dans un groupe d'entraide ou par le pairage avec un mentor (comme dans le cas du parrainage). Enfin, les niveaux d'intervention apparaissent également répondre à la loi de la diversité. Dans certains cas, *l'individu* constitue la cible première autour de laquelle s'articule l'intervention, dans d'autres cas, le focus est mis sur le *groupe* alors que pour d'autres exemples, *l'enrichissement du potentiel d'aide d'un territoire ou d'une communauté* représente l'option privilégiée.

Les ressources sociales présentes dans un environnement peuvent *modérer l'impact de stress* aïgu ou chronique (effet indirect) ou encore *promouvoir le développement de la santé* chez les individus ou les communautés (effet direct). Malgré les conclusions contradictoires des recherches qui ont tenté d'étayer l'hypothèse de l'effet immunitaire du soutien social (effet indirect), les stratégies découlant de cette première approche visent principalement à identifier les populations à risque (i.e. soumises à des situations stressantes) et planifier des interventions appropriées à leurs besoins.

Un consensus satisfaisant émerge des études consultées pour démontrer les effets directs et positifs du soutien social sur la santé. Une des observations les plus remarquables illustrant ce point de vue concerne particulièrement les individus les plus isolés. Ce sont eux, en effet, qui présentent les taux de symptomatologie les plus élevés et sont le plus souvent le bassin de population le plus ciblé par les services de santé et les services sociaux. Paradoxalement, ils sont les plus difficiles à rejoindre et fréquentent très peu spontanément les services formels. Une des hypothèses avancées pour expliquer cet état de fait prend directement racine dans les fondements même de ce qui est l'ingrédient actif opérant dans le soutien social: la réciprocité de l'aide et la bidirectionnalité dans l'échange des ressources. Or, les individus qui sont les plus isolés sont souvent incompétents socialement (i.e, peu habiles à s'engager dans des réseaux de relations mutuellement soutenantes et satisfaisantes. En conséquence, promouvoir le soutien social ne consiste pas uniquement à susciter le développement de relations sociales positives et aidantes mais également à favoriser l'acquisition de compétences chez les personnes les plus isolées afin qu'elles puissent apprendre à s'engager dans des relations réciproques. A ce niveau, les professionnels pourraient agir comme médiateurs utiles auprès des populations les plus à risques.

En bref, le potentiel d'aide généré par les membres d'un même réseau, des pairs ou des membres d'une communauté est vaste et varie largement selon la population et les contextes. Les modes d'intervention s'en inspirant devraient également refléter cette mosaïque des possibles.

L'AIDE PROFESSIONNELLE ET NON PROFESSIONNELLE: DEUX UNIVERS À SAUVEGARDER

Les principales différences

La prolifération d'initiatives d'entraide informellement constituées ainsi qu'une diversification des groupes populaires, dont plusieurs maintenant assument des mandats qui jusqu'à récemment relevaient principalement de l'Etat, font que l'espace actuellement occupé par les non professionnels est loin d'être négligeable. Ce phénomène résulte vraisemblablement d'un ensemble de faits créant une conjoncture favorable à son développement, que ce soit parce que le nombre, l'ampleur et la visibilité de certains problèmes ont connu une croissance inversement proportionnelle aux capacités financières du gouvernement, que l'Etat, en conséquence, concentre de plus en plus ses ressources pour pallier aux urgences sociales, ou encore, en raison d'une limite inhérente aux modalités d'intervention généralement observées chez les professionnels.

Notre but n'est pas tant d'analyser les raisons de l'apparition de mouvement alternatifs d'entraide, mais plutôt d'identifier en quoi ils diffèrent de l'aide professionnelle. Une des principales distinctions relevées fréquemment au cours de nos entrevues, et dans la recension des écrits, concerne la plus grande capacité des intervenants non professionnels *à répondre aux besoins réels des individus*. Alors que les professionnels sont souvent plus habiles à développer des services spécialisés auprès d'une population ciblée-analysée-et-priorisée, les interventions initiées ou assumées par les non professionnels semblent plus près de la réalité et des nécessités immédiates des personnes. Cette constatation s'applique non seulement aux groupes communautaires mais aussi pour les interventions initiées et parrainées par des intervenants professionnels (par exemple dans le CLSC) mais dont la dynamique d'aide repose principalement sur des échanges entre les participants d'un groupe.

Un second facteur milite en faveur de l'efficacité de l'aide informelle. Le participant est moins perçu par le filtre artificiel et "problématique" des grilles d'analyse savantes (victime d'inceste, déprimé, abusé physiquement, etc.), mais davantage comme un

individu, avec des déficits certes, mais aussi avec des compétences, et ainsi, plus susceptible *d'être perçu diversifié selon les contextes dans lequel il se retrouve.*

De plus, le pouvoir qui s'établit entre l'aideur non professionnel et l'aidé semble, dans la majeure partie des cas *se distribuer d'une manière plus équitable.* Cette situation est d'autant plus manifeste dans les contextes où les participants sont encouragés à jouer alternativement le rôle d'aideur et celui d'aidé. Certaines études en psychologie sociale et dans le domaine du soutien social ont mis plus d'une fois en évidence le rôle quelquefois dévalorisant et déstabilisant dans le fait d'être aidé (théorie de l'équité) et les effets bénéfiques reliés au fait d'être aideur sur l'estime de soi. *L'échange de ressources*, le caractère bidirectionnel des relations qui s'établissent ainsi que la possibilité de valider les choix, attitudes et conduites par le biais des interactions avec un groupe de pairs (comparison sociale) semblent à la base des processus de l'aide non professionnelle. Bien sûr, cette équité n'est pas constante et égale dans toutes les interventions non professionnelles et des structures de leadership ou de pouvoir n'y sont pas totalement absentes.

D'après les données de notre deuxième enquête, l'aide apportée par les non professionnels est également souvent accessible: 50% des projets développés dans les CLSC et 80% des projets des groupes communautaires offrent une disponibilité le soir et 20% des services offerts dans les CLSC et 35% de ceux des groupes communautaires sont disponibles les fins de semaines. L'aide offerte peut s'échelonner sur des périodes de temps prolongées, malgré la précarité des conditions de survie financière des groupes communautaires: 75% de leurs projets existent depuis plus de vingt (20) mois, et 40% de ceux-ci opèrent depuis plus de six (6) ans. Les projets de soutien social développés dans le cadre d'une programmation institutionnelle ont des "durées de vie" proportionnellement plus courtes. En effet, 56% des projets des CLSC existent depuis plus de vingt (20) mois, alors que moins de 15% fonctionnent depuis plus de six (6) ans. Cet écart, peut en partie s'expliquer par les divergeances de fonctionnement et d'idéologie entre les milieux communautaires et institutionnels, la première étant peut-être davantage fondée sur des principes de continuité, d'identité et d'intensité, la seconde soumise davantage à des impératifs administratifs et de programmation reposant sur des analyses plus technocratiques déterminant les changement d'orientation, de modes et, en conséquence, occasionnant des fluctuations dans l'allocation des budgets aux différents projets à l'agenda.

Les sphères de compétences:

A la lumière des hypothèses avancées dans la section portant sur l'évaluation des interventions, nous privilégierons *des modes d'organisation les plus différenciés possibles* afin que soit préservée l'autonomie des groupes déja constitués. L'intégration des groupes communautaires au secteur public ne nous apparaît ni nécessaire et ni souhaitable. Dans le cas contraire, la créativité déployée pour répondre d'une manière spécifique aux besoins aurait de sérieuses chances d'être mise en péril. La bureaucratisation de ces initiatives risquerait, à plus ou moins long terme, d'alourdir leur fonctionnement.

Il nous apparaît toutefois indispensable de reconnaître les champs d'expertises spécifiques aux secteurs professionnels. Ils sont souvent mieux équipés pour "livrer" des services exigeant un niveau d'expertise plus élevé et en général, plus en mesure de faire face à une série de problèmes pour lesquels ils ont développé les capacités d'analyse pertinentes.

Les collaborations

Il peut être souhaitable que des collaborations "ad hoc" à la demande des professionnels ou des non professionnels s'amorcent pour qu'une *plus grande perméabilité et une harmonisation* entre leurs interventions respectives. En ayant une représentation claire des organismes et ressources dans les milieux de vie de leurs clients, les professionnels du secteur public pourraient, *au niveau du cas par cas*, développer des plans d'intervention où un de leur rôle consisterait précisément à s'assurer du soutien du réseau personnel ou de la communauté. A cet égard, les visites à domicile des infirmières aux parents, lors de la naissance de leur enfant, ou le programme de maintien à domicile pour les personnes âgées sont largement insuffisants pour créer un contexte social significatif et une assistance quotidienne. Le professionnel pourrait également créer le plus souvent possible des prétextes pour regrouper des individus partageant des difficultés communes et favoriser autant que faire se peut la prise en charge des buts et activités *du groupe* par les participants. Au niveau *communautaire*, le professionnel peut s'engager activement à la création ou à la consolidation des forces dans un quartier ou dans une communauté et contribuer à mettre sur pied des structures locales susceptibles de répondre à une diversité de besoins. Comme il est impossible de créer des solidarités artificiellement, le professionnel pourrait réagir aux initiatives locales déjà amorcées et être assisté par les informateurs-clés ou aideurs dans un milieu. Comme le laisse présager les résultats de la première enquête, il est possible que le professionnel en milieu urbain doive davantage

initier les projets et soutenir plus activement la mise sur pied d'organisations et d'entraide entre les gens.

A l'inverse, les non professionnels pourraient tirer profit de *consultations auprès des professionnels*, et ce, à différentes fins: soutien pour la rédaction de demandes de subvention ou de rapports d'activités, assistance pour l'élaboration de plans d'évaluation des actions entreprises, consultations pour des personnes présentant des problèmes exigeant un niveau d'expertise particulier (exemples: le délire d'un schizophrène, les saignements d'une femme enceinte...).

Enfin, il nous apparaît important de résister à la tentation de professionnaliser les non professionnels. Il ne s'agit pas de "faire faire" le travail qu'on n'a plus le temps de faire mais de laisser les non professionnels assumer les rôles qu'ils se sont (ou seront) eux-mêmes définis.

ROLE DE L'ETAT

Nous croyons que l'Etat doit jouer un rôle de premier plan dans la promotion de contextes sociaux opportuns. Il doit non seulement protéger les gens de l'isolement social chronique (l'analogue du "safety net"), mais également soutenir les développements de stratégies d'intervention susceptibles de créer des rapports sociaux plus humains, sachant par là qu'on crée des situations potentiellement bénéfiques pour que se développe un capital humain, richesse collective sans laquelle une société ne peut vraiment espérer progresser. L'Etat, outre ses fonctions de *protection*, se doit de *soutenir les efforts d'organisation déjà existants* (que ce soit au niveau d'un territoire, d'une problématique, etc...). Lorsqu'aucune forme d'organisation ou de mobilisation n'existe pas il doit *stimuler l'apparition d'initiatives*, veiller à rendre *accessibles toutes les informations* susceptibles de faciliter le fonctionnement des groupes et enfin, assurer la mise sur pied de *programmes de formation* plus adéquats afin de mieux préparer les professionnels à collaborer avec les non professionnels.

PRINCIPES DE GESTION DES SERVICES PUBLICS

Nous estimons essentiel que les planifications et la programmation se développent en lien direct avec les besoins des populations desservies. La planification des services devrait s'effectuer *le plus localement possible* (par exemple: dans le contexte des CLSC) en encourageant maximalement la participation des citoyens aux décisions des priorités à

définir dans leur milieu. Cette approche a la mérite, outre le fait de *rendre plus congruents les services offerts avec les besoins de la population*, de favoriser la création de contextes où les habitants d'un territoire pourraient jouer un rôle plus direct dans le développement et le fonctionnement des ressources de leur communauté. Ce qui nous semble important, c'est de créer des structures qui *sollicitent la participation des citoyens* et ainsi, promouvoir des conditions propices à la formation d'une cohésion dans les réseaux sociaux. Sans vouloir rétrospectivement et nostalgiquement évoquer le caractère plus dense et convivial des contextes sociaux observés en milieu rural avant l'industrialisation des sociétés, il y aurait lieu d'améliorer la qualité de vie sociale et susciter un mouvement pour qu'un plus grand nombre d'individus se sentent davantage liés à leur communauté . Ce serait un excellent antidote pour combattre l'anomie et l'isolement social.

Une planification plus locale et engageant la responsabilité de citoyens membres d'un quartier ou personnellement interpellés par une situation stressante (handicapés, veuves, chômeurs, nouveau parent...), représente une des conditions propices à la *créativité et la diversité* dans la sélection de stratégies d'action. Chaque type de situations et de problèmes nécessite une *solution adaptée, spécifique et non stéréotypée* comme en font foi les nombreux exemples révélés par nos enquêtes et la revue de littérature. C'est pourquoi, il est essentiel d'éviter d'élaborer des protocoles ou des programmations désincarnés des contextes où ils seront implantés. En conséquence, une planification conçue en étroite collaboration avec les participants et usagers (notamment la définition des objectifs et des activités, les règles de fonctionnement et les mécanismes d'évaluation) constituent une condition prérequise et nécessaire à la réussite de l'intervention. En d'autres termes, la *créativité et l'innovation* se conjuguent avec le caractère modeste, local et participatif de l'organisation qui sous-tend les activités de soutien social.

LES MODES DE FINANCEMENT

Parmi les désavantages les plus régulièrement notés par les répondants, lors de la deuxième enquête, le problème chronique de financement, le cumul des tâches et le sentiment d'épuisement en résultat représentent une série d'obstacles majeurs au bon fonctionnement des projets. En particulier, les groupes communautaires, comparativement aux projets initiés par des institutions, rapportent dans une plus large mesure avoir des problèmes financiers (8 vs 1). Que ce soit parce que les *fonds sont insuffisants ou octroyés d'une façon précaire et instable* (renouvellement continuellement incertain), les répondants nous ont révélé avoir à dépenser une somme d'énergie importante pour chercher

des sources de financement ou pour satisfaire les exigeances souvent très lourdes et "cauchemardesques" liées à l'administration des subventions accordées (par exemple: le cas d'un projet où l'engagement d'une coordonnatrice a été exigé par l'organisme subventionnaire).

La dépendance qui lie les groupes aux bailleurs de fonds constitue une menace sérieuse à la sauvegarde de leur autonomie. Les risques d'ingérence sont grands. Une première solution possible à ce problème serait de *diversifier les stratégies de financement* notamment par la création de fondations autonomes, l'implication plus grande du secteur privé par le biais de déductions fiscales avantageuses ou encore par la mise sur pied de centres d'intervention alternatifs constitués par des organismes à but non lucratif mais financés par les institutions publiques (exemples; honoraires analogues à ceux versés aux professionnels pour les interventions effectuées).

Deuxièmement, les objectifs structurant le développement des programmes au sein des différents ministères ne devraient pas restreindre inutilement le cadre d'action des groupes et les obliger à substituer (ou dénaturer) leurs propres priorités à ceux définis (verticalement) par les fonctionnaires. Des mécanismes de *consultations auprès des groupes* ainsi qu'une *relative flexiblité dans les conditions d'éligibilité* aux différents programmes de subvention assureraient une marge de manoeuvre plus satisfaisante aux initiatives des groupes souvent plus en mesure de définir les buts des actions à entreprendre. Il va sans dire que ce principe s'applique également aux institutions publiques: chaque unité (CLSC, DSC, CSS, Département psychiatrique d'hôpitaux) après analyse des besoins de la population desservie, peut définir les priorités auxquelles il lui apparaît important de répondre et en conséquence, déterminer avec flexiblité les budgets à allouer aux différentes activités en acceptant de déroger aux normes quelquefois contraignantes de règles administratives (par exemple: intervenir auprès d'une famille signalée ou auprès d'une voisine plus en mesure d'aider).

Enfin, *la création et/ou le soutien de Fédérations ou d'Offices* regroupant différents organismes de quartier ou alors des groupes s'intéressant aux mêmes problèmes (par exemple: Déprimés anonymes...) ou visant les mêmes objectifs (les camps familiaux...) permettraient de générer des structures susceptibles d'offrir une assistance technique et assurer une certaine cohérence et une diffusion des expériences acquises par les différents sous-groupes. De plus ces regroupements pourraient servir d'interlocuteurs privilégiés et ainsi, favoriser une meilleure communication entre la base et les bailleurs de fonds. Une partie de leur revenu pourraient provenir à la fois du secteur privé et du secteur public.

L'EVALUATION: UNE QUESTION D'EFFICACITE ET DE COUTS

De la même manière que les groupes sont liés dans leurs objectifs et dans leurs moyens par les cadres parfois restreints de l'organisme qui les subventionne, ils le sont également par la pression de l'évaluation qui s'exerce sur eux un peu à l'image d'une épée de Démoclès. Les mécanismes seraient à repenser. Surtout *au niveau des critères qui définissent ce qui constitue un succès.* On sait que le changement d'attitudes et de comportements est un processus long et continu. Les indices reflétant ce changement doivent pouvoir saisir l'évolution des rapports sociaux conséquente aux interventions. L'amélioration des contextes sociaux des individus *ne s'accompagne pas nécessairement d'une baisse dans les demandes des services professionnels* (susceptibles d'entraîner une baisse des coûts pour le gouvernement) *ou d'une chute dramatique et immédiate dans l'incidence et la prévalence des indices de mésadaptation dans la population.* A titre d'exemple, une intervention qui stimulerait le développement de l'entraide auprès des personnes âgées est maintenant plus informée des services existants. A long terme, toutefois, la qualité et l'espérance de vie de ces personnes pourraient être rehaussée. Il en va de même pour une intervention visant à regrouper les parents dans un quartier donné. En permettant que se constitue une arène où les porblèmes dans les relations parent-enfant sont discutés et rendus visibles, cela peut engendrer une augmentation dans la fréquence des références et des consultations professionnelles dans le secteur public.

Outre la possibilité d'entraîner temporairement une augmentation des services, les effets à court terme des projets peuvent révéler des *modifications partielles des situations problématiques.* Toutefois ces changements sont souvent préalables à d'autres plus importants. Ainsi l'atteinte de sous-objectifs est prérequise à la poursuite d'objectifs plus globaux. L'étude de l'impact de la participation de parents à un groupe d'entraide effectuée par Mc Guire et Gottlieb (1979) illustre bien ce propos. Aucune amélioration du bien-être général des parents ou une diminution dans leur perception du stress vécu n'ont pu être démontrées. Toutefois les parents rapportaient discuter plus souvent avec leur réseau des problèmes reliés avec leur enfant. L'utilisation des ressources informelles peut médier et faciliter la résolution des conflits avec l'enfant, diminuer à moyen terme l'occurence des problèmes associés au parentage et ainsi contribuer à réduire éventuellement la quantité de stress parentaux.

L'efficacité des stratégies couvre une réalité complexe à saisir où le *temps constitue une des nombreuses variables à considérer.* De plus, la définition même de ce qui est considéré une réussite dépend largement du point de vue auquel on adhère. Certains

témoignages de professionnels sympatiques à l'intervention comunautaire nous ont confié s'être sentis plus d'une fois incompris et peu soutenus par l'administration de l'institution dans laquelle ils travaillent, parce que les résultats de leurs interventions n'étaient pas immédiatement tangibles. Les critères définis par les fonctionnaires et les groupes communautaires divergent aussi dans bien des cas, les uns plus enclins à préférer *les évaluations quantitatives*, les autres plus à l'aise avec des *protocoles de type plus qualitatif*. La formation des comités d'évaluation devrait toujours inclure les membres impliqués directement dans la réalisation de projets ou de la communauté où se déroule les activités de soutien social. C'est un pouvoir important à redonnner à ceux qui, à la base, conçoivent et réalisent les projets.

LES CLSC: L'APPROCHE SOCIO-SANITAIRE

En cohérence avec le point de vue explicité dans ce document, le CLSC nous semble être, parmi l'ensemble des contextes institutionnels, le mieux placé pour faire la fonction entre les communautés et l'Etat. Son mandat de promotion et prévention en santé ainsi que son insertion dans un territoire spécifique en font le candidat idéal pour assumer de façon privilégiée un leadership dans le développement des plans d'action axés sur le soutien social. Les liens déjà bien établis entre les conditions de santé et l'accès à des ressources sociales soutenantes justifient amplement la redéfinition des objectifs à poursuivre et des moyens à entreprendre pour améliorer l'état de santé des Québécois. On y traite encore trop souvent le client comme un cas isolé où le professionnel assume "en solitaire" le rôle d'aideur. Les projets recensés dans nos deux enquêtes laissent toutefois pressentir un mouvement vers la collectivisation des situations d'adaptation problématique et la prise en charge à tout le moins partielle des solutions par les comunautés et les populations impliquées. Par ailleurs, des efforts additionnels débordant largement de bonnes volontés individuelles de certains professionnels (exigeant parfois d'eux qu'ils recourent à des procédures "délinquantes" par rapport aux règlements administratifs) seront nécessaires pour que certaines orientations se prennent. Une changement de structure s'impose pour que les rôles et la manière de livrer les services à la population changent.

D'abord reconnaître que la *santé est le fruit d'une conjoncture ou s'entremêlent une variété de facteurs* variant des caractéristiques génétiques, de la présence de ressources sociales, des conditions physiques aux conditions économiques. En conséquence, promouvoir la santé consiste à *se donner les moyens d'intervenir sur les causes susceptibles d'améliorer les états de santé des citoyens.* Aussi le CLSC devrait pouvoir

effectuer une lecture nuancée, d'une part des forces, d'autre part du caractère plus ou moins à risque de l'environnement dans lequel évoluent ses habitants (source de stress). C'est à partir de cette représentation qu'il pourra mieux jauger les priorités à définir. Pour s'assurer que les programmations soient plus directements enracinées dans les milieux, les intervenants pourraient:

1) identifier la nature des besoins de la population selon *la composition des différents groupes sociaux* y résidant (niveau de pauvreté, 5 de familles monoparentales, % de mères qui travaillent, % jeunes familles, % de personnes âgées, niveau de scolarité, ethnies, etc...), *les fluctuations démographiques* (indices de mobilité dans la population), les *conditions physiques* (% de logements insalubres, sécurité des rues, les parcs, etc...) ainsi que le niveau de problèmes les plus souvent rencontrés (taux de criminalité, d'abus, violence raciale ou inter-ethnique, cas psychiatriques, MTS, etc..); ces informations peuvent être obtenues par le biais d'entrevues ou forum auprès d'informateurs-clés ou par l'intermédiaire de statistiques officielles **(sources potentielles de stress)**.

2) identifier les ressources communautaires et non professionnelles dispensant des services dans le territoire ou auprès des populations considérées en besoin dans la communauté; soutien technique et financier de ces organismes, collaboration ponctuelles, établissement de canaux d'information permettant le décloisonnement des services et le non dédoublement d'efforts (sources potentielles de soutien social).

3) clarifier les priorités auxquelles répondre en fonction de l'écart entre l'analyse des besoins et des problèmes et la disponibilité des ressources **(élaboration de programmes)**.

4) planification de stratégies d'action de concert avec le milieu pour répondre aux besoins et problèmes pour lesquels aucun service n'est disponibles (exemple: mise sur pied d'une maison de Jeunes, d'une ressource post-scolaire, groupe d'entraide pour des parents d'adolescents, etc...) **(implantation de programmes)**.

De plus, la multiplicité des facteurs de détérioration de la santé exige que les objectifs d'intervention soient variés: la promotion d'habitudes de vie saine, l'échange d'information ou de biens, la provision d'un revenu garanti, des conditions de logements

adéquats. Ainsi les buts visés par un groupe d'entraide (par exemple) peuvent également viser la modification des conditions de vie stressante pour fournir directement les moyens de faire face aux problèmes. A titre d'exemple, Barret (1978) a comparé trois (3) stratégies de groupe pour faciliter l'adaptation de veuves à leur nouvelle réalité et a démontré que le groupe qui insistait le plus sur l'acquisition d'habiletés à maîtriser les différentes situations de vie et à modifier les valeurs traditionnelles des femmes (groupe de conscientisation) s'avérait plus efficace qu'un groupe d'aide mutuelle ("self help group") ou groupe de confidentes (aide affective). Il s'agit non seulement de bien évaluer les processus d'aide dans une situation mais également de mobiliser cette aide pour transformer les conditions de stress du milieu. L'efficacité du soutien apportée par des ressources sociales pour contrer l'effet stressant d'une situation réside possiblement dans la capacité des *aideurs à faire converger l'aide apportée avec les causes réelles du problème.* Peut-être pourrions-nous dès lors observer avec moins de confusion un effet réellement modérateur du soutien social?

Les CLSC tireraient avantage à relever de plusieurs ministères afin d'élargir leur mandat, leur pouvoir d'action et ultimement leur pertinence (notamment le logement, la consommation, la main d'oeuvre et le revenu...).

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Albee, G.W. (1980). A competency model must replace the defect model. In L.A. Bond et J.C. Rosen (eds.). *Competency and coping during adulthood*, Hanover, N.H.: University Press of New England.

Altamirano, C. (1984) *L'analyse de Réseaux: Pour une Intervention auprès des Personnes Agées*. Département de santé communautaire de l'hôpital Sacré-Coeur de Montréal.

Andrews, G., Tennant, C., Hewson, D.M. et Vaillant, G.E. (1978). Life event stress, social support, coping style, and risk of psychological impairment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 166, 307-315.

Barrera. M., Jr., et Ainly, S.L. (1983). The structure of social support: a conceptual and empirical analysis. *Journal of Community Psychology, 11*, 133-143.

Barrera, M. Jr., Sandler, I.N. et Ramsey, T.B. (1981). Preliminary development of a scale of social support: Studies on college students. *American Journal of Community Psychology*, 9, 435-447.

Barrett, C.J. (1978) Effectiveness of widows' groups in facilitating change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(1), 20-32.

Beels, C.C. (1981) Social networks and the treatment of schizophrenia *International Journal of Family Therapy*, 3(4), 310-315.

Belle, D. (1982). The stress of caring: Women as providers of social support. In L. Goldberger et S. Breznitz (eds.). *Handbook of Social Stress: Theoretical and Clinical Aspects*, pp. 496-505. New York: Free Press.

Berkman, L.F. et Syme, S.L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda county residents. *American Journal of Epidemiology*, 109(2), 186-204.

Biegel, D., Naparstek, A. et Khan, M. (1980). Social support and mental health: An examination of interrelationship. Conférence présentée à la 88ième réunion de l'American Psychological Association. Montréal, septembre 1980.

Billings, A.G et Moos, R.H. (1984). Coping, stresss, and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 877-891.

Billing, A.G. et Moos, R.H. (1982) Social support and functioning among community and clinical groups: A panel model. *Journal of Behavioral Medicine*, 5, 295-311.

Blanchet, L., Cossette, D., Dauphinais, R., Desmarais, D., Kasma, J., Lavigueur, H., Mayer, P., Roy, C. (1982) *Réseau Primaire et Santé Mentale: une Expérience de Recherche-Action*. Centre hospitalier Douglas: unité de recherche psychosociale.

Bloom, B.L., Hodges, W.F., Caldwell, R.A. (1982) A preventive program for the newly separated: initial evaluation. *American Journal of Community Psychology, 10(3),* 251-264.

Borck, L.E., Aronowitz, E. (1982) The role of a self-help clearinghouse. In: L.D. Borman, L.E. Borck, R. Hess, F.L. Pasquale (eds) *Helping People to Help Themselves: Self-Help and Prevention* (pp. 121-129). N.Y.: Haworth Press.

Bott, E. (1957). *Family and social network.* London: Tavistock.

Bouchard, C., Beaudry, J. et Chamberland, C. (1981). Pauvreté économique, pauvreté sociale et mauvais traitements envers les enfants: une étude exploratoire. *Intervention,* 64, 25-33.

Bozzini, L., Tessier, R. (1985) Support social et santé. Dans: J. Dufresne, F. Dumont, Y. Martin (eds) *Traité d'Anthropologie Médicale: l'Institution de la Santé et de la Maladie* (pp. 905-935). Québec: Presses de l'Université du Québec.

Bozzini, L., Tessier, R. (1985). Support social et santé. In F. Dumont et J. Dufresne: *Traité d'anthropologie médicale,* 905-941. Montréal: Presses de l'Université du Québec à Montréal.

Brown, G. et Harris, T. (1978). *The social origins of depression: a study of psychiatric disorders among women.* London: Tavistock.

Brown, G.W., Monck, E.m., Carstairs, G.M. et Wing, J.K. (1962). Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *British Journal of Preventive and Social Medicine,* 16, 55-68.

Brownell, A., Shumaker, S.A. (1985) Where do we go from here? The policy implication of social support. *Journal of Social Issues,* 41(1), 111-121.

Brugha, T. et coll. (1982). Social networks, attachments and support in minor affective disorders: A replicaiton. *British Journal of Psychiatry,* 141, 249-255.

Cameron, S.J. (1981) Parents-Soutiens: qui sont-ils? *Santé Mentale au Canada,* 29(4), 38-41.

Caplan, G. (1964). *Social support and community mental health,* New York, Basic Books.

Chapman, N.J., Pancoast, D.L. (1985) Working with the informal helping networks of the elderly: the experiences of three programs. *Journal of Social Issues,* 41(1), 47-63.

Coates, D., Wortman, C.B. et Abbey, A. (1979). Reactions to victims. In I.H. Frieze et coll. (eds.): *New approaches to social problems.* San Francisco: Jossey-Bass.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.

Cobb, S. et Kasl, S.V. (1977). *Termination: The consequences of job loss*. U.S. Department of Health, Education and Welfare, HEW Publication No. (NIOSH).

Cohen, C.I., Adler, A. (1986) Assessing the role of social network interventions with an inner-city population. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56(2), 278-288.

Cohen, L.H., McGowan, J., Fooskas et Rose, S. (1984). Positive life events and social support and the relationship between life stress and psychological disorder. *American journal of community psychology*, 12(5), 567-587.

Cohen, S. et Hoberman, H.M. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 13(2), 99-125.

Cohen, C.I., Sokolovsky, J. (1981) Social networks and the elderly: clinical techniques. *American Journal of Family Therapy*, 3(4), 281-294.

Cohen, C.I. et Sokolovsky, J. (1978). Schizophrenia and social networks: Ex-patients in the inner-city. *Schizophrenia Bulletin*, 4, 546-560.

Cowen, E.L., Gestin, E.L., Boike, M., Norton, P., Wilson, A.B., DeStefano, M.A. (1979) Hairdressers as caregivers I: a descriptive profile of interpersonal help-giving involvements. *American Journal of Community Psychology*, 7(6), 633-648.

Cutler, D.L., Madore, E. (1980) Community-family network therapy in a rural setting. *Community Mental Health Journal*, 16(2), 144-155.

Cutrona, C.E. (1984). Social support and stress in the transition of parenthood. *Journal of Abnormal Psychology*, 93(4), 378-390.

D'Augelli, A.R., Vallance, T.R., Danish, S.J., Young, C.E., Gerdes, J.L. (1981) The community helpers project: a description of a prevention strategy for rural communities. *Journal of Primary Prevention*, 1(4), 209-224.

Dean, A. et Lin, N. (1977). The stress-buffering role of social support. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 165(6), 403-417.

Depner, C.E., Wethington, E. et Ingersoll-Dayton, B. (1984). Social support: Methodological issues in design and measurement. *Journal of Social issues*, 40(4), 37-54.

Dimmock, B., Dungworth, D. (1985) Beyond the family: using network meetings with statutory child care cases. *Journal of Family Therapy*, 7, 45-68.

Edmunson, E.D., Bedell, J.R., Gordon, R.E. (1984) The community network developmental project: bringing the gap between professional aftercare and self-help. In: B.L. Bloom (ed) *The Self-Help Revolution*, vol. X (pp. 195-203). N.Y.: Human Sciences Press.

Faris, R.E.L. et Dunham, H.W. (1939). *Mental disorders in urban areas: An ecological study of schizophrenia.* Hafner.

Fiore, J., Becker, J. et Coppel, D.B. (1983). Social network interactions: a buffer or a stress. *American journal of community psychology*, 11(4), 423-439.

Fisher, J.D., Nadler, A. et Whitcher-Alagna, S. (1982). Recipient reactions to aid. *Psychological bulletin*, 91(1), 27-54.

France, H., McDowell, C. (1982) L'entraide chez les personnes âgées: modèle de counselling par les pairs. *Santé Mentale au Canada*, 30(3), 15-18.

Frisz, R.H. (1986) Peer counseling: establishing a network in training and supervision. *Journal of Counseling and Development*, 64, 457-459.

Garrison, J.E. (1981) Clinical construction of action social network. *International Journal of Family Therapy*, 3(4), 258-267.

Garrison, J., Werfel, S. (1977) A network approach to clinical social work. *Clinical Social Work Journal*, 5(2), 108-117.

Garrison, V. (1977). Doctor, espiritista or psychiatrist? Health-seeking behavior in a Puerto Rican neighborhood of New York City. *Medical Anthropology*, 1(2), 65-191.

Garrison, V. (1978). Support systems of schizophrenic and nonschizophrenic Puerto Rican migrant women in New York city. *Schizophrenia Bulletin*, 4(4), 561-596.

Gartner, A., Riessman, F. (1984) Afterword. In: B.L. Bloom (ed) *The Self-Help Revolution*, vol. X (pp. 243-248). N.Y.: Human Sciences Press.

Gauthier, F. (1985) i. Texte Inédit.

Gottlieb, B.H.(1986) Using social support to protect and priomote health. *Journal of Primary Prevention.* Sous presse.

Gottlieb, B.H. (1985a) Combining lay and professional resources to promote human welfare: prospects and tensions. In: J.A. Yoder (ed) *Support Networks in a Caring Community* (pp. 59-78). Dordrecht, Netherlands: Martinus Nijhoff.

Gottlieb, B.H. (1985b) Theory into practice: issues that surface in planning interventions which mobilize support. In: I.G. Sarason, B.R. Sarason (eds) *Social Support: Theory, Research and Application* (pp. 417-438). Dordrecht, Netherlands: Martinus Nijhoff.

Gottlieb, B.H. (1982) Mutual-help groups: members' view of their benefits and of roles for professionals. In:L.D. Borman, L.E. Borck, R. Hess, F.L. Pasquale (eds) *Helping People to Help Themselves: Self-Help and Prevention* (pp. 55-67). N.Y.: Haworth Press.

Gottlieb, B.H. (1978). The development and application of a classification scheme of informal helping behaviors. *Canadian Journal of Behavioural Sciences*, 10, 105-115.

Green-Brody, J. (1985) Informal social networks: possibilities and limitations for their usefulness in social policy. *Journal of Community Psychology*, 13, 338-349.

Griffith, J. (1985). Social support providers: who are they? Where are they met? and the relationship of network characteristics to psychological distress. *Basic and Applied Social Psychology*, 6(1), 41-60.

Guay, J. (1984) *L'Intervenant Professionnel face à l'Aide Naturelle*. Chicoutimi, Québec: Morin.

Halevy-Martini, J., Hemley Van der Velden, E., Ruhf, L, Schoenfeld, P. (1984) Process and strategy in network therapy. *Family Process*, 23, 521-533.

Hanigan, D., Tousignant, M., Bastien, M.F., Hamel, S. (1986). Le soutien social suite à un événement critique chez un groupe de cégépiens suicidaires: étape comparative. *Revue Québécoise de Psychologie*, 7(3), 63-81.

Hamburg, B.A., Varenhorst, B.B. (1972) Peer counseling in the secondary schools: a community mental health project for youth. *American Journal of Orthopsychiatry*, 42(4),566-581.

Heller, K. et Swindle, R.W. (1983). Social networks, perceived social support, and coping with stress. In R.D. Felner et coll.: *Prevention Psycholoy: Theory, research and practice*. New York: Pergamon Press.

Hemley Van der Velden, E., Halevy-Martini, J., Ruhf, L.L., Schoenfeld, P. (1984) Conceptual issues in network therapy. *International Journal of Family Therapy*, 6(2), 68-81.

Henderson, S. et coll. (1981). Social relationships, adversity and neurosis: A study of associations in a general population sample. *British journal of psychiatry*, 138, 391-398.

Henninger, C., Nelson, G. (1984) Evaluation of a social support program for young unwed mothers. *Journal of Primary Prevention*, 5(1), 3-16.

Hinrichsen, G.A., Revenson, T.A., Shinn, M. (1985) Does help help? An empirical investigation of scoliosis peer support groups. *Journal of Social Issues*, 41(1), 65-87.

Hipple, J.L. (1984) Network crisis intervention in a college setting. *International Journal of Family Therapy*, 6(2), 93-101.

Hirsch, B.J. (1985) Social networks and the ecology of human development: theory, research and application. In: I.G. Sarason, B.R. Sarason (eds) *Social Support:*

Theory, Research and Application (pp. 117-136). Dordrecht, Nethe.lands: Martinus Nijhoff.

Hobfol, S.E. (1985) Limitations of social support in the stress process. In: I.G. Sarason, B.R. Sarason (eds) *Social Support: Theory, Research and Application* (pp.391-414). Dordrecht, Netherlands: Martinus Nijhoff.

Hobfoll, S.E. et Walfisch, S. (1983). Coping with a threat to life: a longitudinal study of self concept, social support and psychological distress. *American journal of community psychology.*

Hodder, J. (1985) Supporting the informal carers. In: J.A. Yoder (ed) *Supporting Networks in a Caring Community* (pp. 155-161). Dordrecht, Netherlands: Martinus Nijhoff.

Holahan, C.J. et Moos, R.H. (1981). Social support and psychological stress: A longitudinal analysis. *Journal of abnormal psychology*, 90, 365-370.

Hollingshead, A.B. et Redlich, F.C. (1958). Social class and mental illness. New York: Wiley.

House, J.S. (1981). *Work stress and social support.* Reading, Mass.: Addison-Wesley.

Hughes, M. et Gove, W.R. (1981). Living alone, social integration, and mental health. *American journal of sociology*, 87(1), 48-75.

Hurd, G.S., Mansell-Pattison, E., Llamas, R. (1981) Models of social network intervention. *International Journal of Family Therapy*, 3(4), 246-257.

Jung, J. (1984). Social support and its relation to health: a critical evaluation. *Basic and applied social psychology*, 5(2), 143-169.

Kabassa, S.C. et Puccetti, M.V. (1983). Personality and social resources in stress resistance. *Journal of personality and social psychology*, 45, 839-850.

Kaffman, M. (1981) Community care for the kibbutz chronic psychiatric patients. *International Journal of Family Therapy*, 3(3), 193-204.

Katz, A.H. (1984) Self-help groups: an international perspective. In: B.L. Bloom (ed) *The Self-Help Revolution*, vol. X (pp. 233-242). N.Y.: Human Sciences Press.

Katz, A.H. (1981) Self-help and mutual aid: an emerging social movement? *Annual Review of Sociology*, 7, 129-155.

Kelley, P., Kelley, V.R. (1985) Supporting natural helpers: a cross cultural study. *International Journal of Family Therapy*, juin, 358-366.

Kessler, R.C. et Mc Leod, J.D. (1985). Social support and mental health in community samples. In S. Cohen et S.L. Syme (eds.), *Social support and health*,(pp. 219-240). Orlando: Academic Press.

Kessler, R.C., Price, R.H. et Wortman, C.B. (1985). Social factors in psychopathology: Stress, social support, and coping processes. *Annual review of psychology*, 36, 531-572.

Knight, B., Wollert, R.W., Levy, L.H., Frame, C.L., Padgett, V.P. (1980) Self-help groups: the members' perspectives. *American Journal of Community Psychology*, 8(1), 53-65.

Knipscheer, C.P.M. (1985) Problems and possibilities in informal care for the impaired elderly. In: J.A. Yoder (ed) *Support Networks in a Caring Community* (pp. 171-181). Dordrecht, Netherlands: Martinus Nijhoff.

Kohn, M.L. et Clausen, J. (1955). Social isolation and schizophrenia. *American sociological review*, 20, 265-272.

LaRocco, J.M., House, J.S. et French, J.R.P., Jr. (1980). A model of mental health, life events, and social supports applicable to general populations. *Journal of health and social behavior*, 22, 324-336.

LaRocco, J.M., House, J.S. et French, J.R.P., Jr. (1980). Social support, occupational stress, and health. *Journal of health and social behavior*, 21(3), 202-218.

Lavoie, F. (1984) Action research: a new model of interaction between the professional and self-help groups. In: B.L. Bloom (ed) *The Self-Help Revolution*, vol. X (pp. 173-182). N.Y.: Human Sciences Press.

Lazarus, R.S. et Folkman, S. (1985). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Leavy, R.L. (1983). Social support and psychological disorder: A review. *Journal of Community Psychology*, 11, 3-21.

Leighton, D.C. et coll. (1963). *The character of danger*. New York: Basic books.

Lenrow, P.B., Burch, R.W. (1983) Mutual aid and professional services: opposing or complementary? In: B.H. Gottlieb (ed) *Social Networks and Social Support* (pp. 233-258). Beverly Hill: Sage.

Lieberman, M.A., Videka-Sherman, L. (1986) The impact of self-help groups on the mental health of widows and widowers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56(3), 435-449.

Levy, L. et Rowitz, L. (1973). *The ecology of mental disorders*. New York: Behavioral publications.

Lin, N. et coll. (1979). Social support, stressful life events and illness: A model and an empirical test. *Journal of health and social behavior*, 20, 108-119.

Lipson, J.G. (1982) Effects of a support group on the emotional impact of cesarean childbirth. In: R.D. Borman, L.E. Borck, R. Hess, F.L. Pasquale (eds) *Helping People to Help Themselves: Self-Help and Prevention* (pp. 17-29). N.Y.: Haworth Press.

Lowenthal, M. et Haven, C. (1968). Interaction and adaptation: intimacy as a critical variable. *American sociological review*, 33, 20-30.

Malo, C. (1985). Femmes en situation monoparentale et soutien social: Revue de la littérature. Manuscrit inédit. Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale, Université du Québec à Montréal.

McGuire, J.C., Gottlieb, B.H. (1979) Social support groups among new parents: an experimental study in primary prevention. *Journal of Clinical Psychology*, 8(2), 111-116.

Mc Lanahan, S.S., Wedemeyer, N.V. et Adelberg, T. (1981). Network structure, social support, and psychological well-being in the single-parent family. *Journal of Marriage and the Family*, 43, 601-612.

Miller, Mc.C. et Ingham, J.G. (1976). Friends, confidants and symptoms. *Social Psychiatry*, 11, 51-58.

Mills, C.W. (1943). The professional ideology of social pathologists. *American journal of sociology*, 49(2).

Mitchell, J.C. (ed.). (1969). *Social networks in urban stituations*. New York: Humanities press.

Mitchell, R.E. (1980). Problem-solving, family climate and the social networks of psychiatric patients. Conférence présentée à la 88ième réunion de l'American Psychological Association. Montréal, septembre.

Mitchell, R.E., Billings, A.G. et Moos, R.H. (1982). Social support and well-being: Implications for prevention programs. *Journal of Primary Prevention*, 3(2), 77-98.

Mitchell, R.E. et Moos, R.H. (1984). Deficiencies in social support among depressed patients: Antecedents of consequences of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 438-452.

Mueller, D.P. (1980). Social networks: A promising direction for research on the relationship of the social environment ot psychiatric disorder. *Social Science and Medicine*, 14A, 147-161.

Naparsteck, A.J., Biegel, D.E., Spiro, H.R. (1982) *Neighborhood Networks for Human Mental Health Care*. N.Y.: Plenum Press.

Nuckolls, K.B., Cassel, J. et Kaplan, B.H. (1972). Psychosocial assets, life crises and the prognosis of pregnancy. *American journal of epidemiology*, 95, 431-441.

Oster, R.A. (1983) Peer counseling: drug and alcohol abuse prevention. *Journal of Primary Prevention*, 3(3), 188-199.

Parkes, M.C. (1972). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. New York: International university press.

Pattison, E.M., Defrancisco, D., Wood, P., Frazier, H., et Crowder, J.A. (1975). A psychological kinship model for family therapy. *American Journal of Psychiatry*, 132, 1246.

Pearlin, L.I., Lieberman, M.A., Menaghan, E.G. & Mullan, J.T. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337-356.

Pilisuk, M. et Froland, C. (1978). Kinship, social networks, social support and health. *Social science and medicine*, 12B, 273-280.

Pinker, R. (1985) Social policy and social care: divisions of responsability. In: J.A. Yoder (ed) *Support Networks in a Caring Community* (pp. 103-121). Dordecht, Netherlands: Martinus Nijhoff.

Politser, P.E., Mansell-Pattison, E. (1980) Social climates in community groups: toward a taxonomy. *Community Mental Health Journal*, 16(3), 187-200.

Powell, D.R. (1983) Individual differences in participation in a parent-child support program. In: I.E. Siegel, L.M. Laosa (eds) *Changing Families* (pp. 203-224). N.Y.: Plenum Press.

Radol-Raiff, N. (1984) Some health related outcomes of self-help participation: recovery inc. as a case example of a self-help organization in mental health. In: B.L. Bloom (ed) *The Self-Help Revolution*, vol. X (pp. 183-193). N.Y.: Human Sciences Press.

Rook, K.S., Dooley, D. (1985) Applying social support research: theoretical problems and future directions. *Journal of Social Issues*, 41(1), 5-28.

Roskin, M. (1986) A preventive groupwork intervention with new immigrants to Israël. *Journal of Primary Prevention*, 6(2), 181-188.

Rueveni, U. (1984) Network intervention for crisis resolution: an introduction. *International Journal of Family Therapy*, 6(2), 65-67.

Schoenfeld, P., Halevy-Martini, J., Hemley Van der Velden, E., Ruhf, R. (1985) Network therapy: an outcome study of twelve social networks. *Journal of Community Psychology*, 13, 281-287.

Stroebe, M.S., Stroebe, W. (1985) Social support and the alleviation of loss. In: I.G. Sarason, B.R. Sarason (eds) *Social Support: Theory, Research and Application* (pp. 439-462). Dordrecht, Netherlands: Martinus Nijhoff.

Tennant, A., Bayley, M. (1985) The eight decade: family structure and support networks in the community. In: J.A. Yoder (ed) *Support Networks in a Caring Community* (pp. 201-214). Dordrecht, Netherlands: Martinus Nijhoff.

Todd, D.M., Amstrong, D.A. (1984) Support systems of elders in rural communities. *International Journal of Family Therapy*, 6(2), 82-101.

Todres, R. (1982) Professional attitudes, awareness and use of self-help groups. In: D.L. Borman, L.E. Borck, R. Hess, F.L. Pasquale (eds) *Helping People to Help Themselves: Self-Help and Prevention* (pp. 91-98). N.Y.: Haworth Press.

Toro, R. (1982) A comparison of natural and professional help. *American Journal of Community Psychology*, 14(2), 147-153.

Trimble, D.W. (1981) Social Network intervention with antisocial adolescents. *International Journal of Family Therapy*, 3(4), 268-280.

Trimble, D.W., Kliman, J., Villapiano, A., Beckett, W. (1984) Follow-up of a full-scale network assembly. *International Journal of Family Therapy*, 6(2), 102-113.

Vallance, T.R., D'Augelli, A.R. (1982) The helping community characteristics of natural helpers. American Journal of Community Psychology, 10(2), 197-205.

Videka-Sherman, L. (1982) Effects of participation in a self-help group for bereaved parents: compassionate friends. In: D.L. Borman, L.E. Borck, R. Hess, F.L. Pasquale (eds) *Helping People to Help Themselves: Self-Help and Prevention* (pp. 69-77). N.Y.: Haworth Press.

Walker, A. (1985) From welfare state to caring society? The promise of informal support networks. In: J.A. Yoder (ed) *Support Networks in a Caring Community* (pp. 41-58). Dordrecht, Netherlands: Martinus Nijhoff.

Wandersman, L.P. (1982) An analysis of the effectiveness of parent-infant support groups. *Journal of Primary Prevention* , 3(2), 99-116.

Yoder, J.A., Leaper, R.A.B. (1985) Conference recomendations. In: J.A. Yoder (ed) *Support Networks in a Caring Community* (pp. 229-245). Dordrecht, Netherlands: Martinus Nijhoff.

Youngquist, M., Ruff, P. (1984) Networking in a day treatment center for adolescents. *International Journal of Family Therapy*, 6(2), 114-123.

NOTES

1....

Chacun de ces termes réfère à une ou plusieurs stratégies d'intervention qui ont en commun l'utilisation appliquée des concepts de réseau et de soutien social.

2.....

Bien qu'elle implique la mobilisation du soutien social, la thérapie de réseau est très proche des thérapies conventionnelles (thérapie familiale, thérapie de groupe), et de l'organisation communautaire (Rueveni, 1984; Pattison, 1976 dans Garrison et Werfel, 1977; Schoenfeld et col., 1985) et assez différente des autres types d'interventions que nous décriront; aussi, les nombreux questionnements soulevés par ces approches plus informelles s'appliquent peu aux thérapies de réseau. Halevy-Martini et col. (1984) croient néanmoins que la thérapie de réseau diffère de la thérapie familiale en ce que le réseau y est agent plutôt qu'objet de changement.

3....

Durant les rencontres, on procède à une mise au point de la situation problématique, à des discussions, à l'identification de solutions possibles, à la sélection de l'une d'elles, à l'évaluation des conséquences de la solution choisie. (Garrison et Werfel, 1977).

4....

Projet mis sur pied au "Mount Tom Institute for Human Services" dans la ville de Hoyloke (MA) et entièrement financé par le Département de services communautaires. Les individus sont référés au projet par l'Institut lui-même ou par des cliniques locales, et sont sélectionnés sur le seul critère de leur accord.

5....

Au départ, les sujets sont tous très impliqués dans les services offerts à l'Institut; ils ont tous utilisés les services d'intervention de crise et 75% ont bénéficiés des services de "case management". Onze des douze sujets ont préalablement suivi une thérapie à l'extérieur.

6....

Cronenwett (1980) demande à 66 mères ayant participé à un groupe d'aide mutuelle après leur accouchement, si cela a affecté leur désir de participer à d'autres groupes. Seulement 3% ont répondu ne plus vouloir participer, 35% étaient maintenant favorables à l'idée et 62% recherchaient un autre groupe. De plus, 39% ont subséquemment participé à un second groupe d'entraide, pas nécessairement pour le même problème (Gottlieb, 1985a).

7....

Le rationnel d'un tel groupe est basé sur les études de Loewenthal et col. (1968) ayant établi l'importance du confident dans les processus de soutien social. Notons aussi, que ce second groupe utilise en plus de l'aide mutuelle, les stratégies d'interventions dyadiques dont nous parlerons plus loin.

8....

Barrett (1978) ne spécifie malheureusement pas si cet indice est jugé bénéfique et de quelle façon.

9....

Contrairement aux autres programmes décrits, l'aide mutuelle fait partie ici d'une intervention plus large faisant appel à l'implication directe de professionnels et de paraprofessionnels. Des rencontres d'un maximum de 20 personnes sont planifiées à l'avance. Elles portent sur différents thèmes pré-établis et les participants peuvent s'y inscrire selon leurs intérêts.

10....

Ce centre offre déjà plusieurs services: enseignement de la langue et de la culture hébraique, logement gratuit, etc.

11....

Ils regroupent dans la première catégorie les organisations suivantes: "Alcooliques Anonymes", "Parents Anonymes", "Take off Pounds Sensibly" et "Overeaters Anonymes"; dans la seconde catégorie on retrouve: "Parents without Partners", "Emotions Anonymous" et "Made Today Count".

12.....

Quatre-vingt personnes sont rejointes dans chaque type de groupe (A et B) et 67% retournent le questionnaire. Les répondants varient au niveau de l'âge mais sont majoritairement de classe moyenne, ce qui infirme selon les auteurs la croyance que les groupes d'aide mutuelle rejoignent particulièrement les gens de classe privilégiée et bien éduqués, qui ont déjà la possibilité de chercher une aide professionnelle.

13....

Dans ce but, un questionnaire presque similaire à celui de la première étude, est distribué aux membres de 18 groupes existants, et parmi eux, 87 répondants le retournent.Dans cet échantillon, or retrouve encore une fois une majorité de femmes (77%) et de personnes mariées (52% contre 15% de célibataires et 33% de veuves/séparées/ divorcées). Les répondantsont en moyenne (44.4 ans) et la moitié ont un revenu annuel de $20,000 tandis que 21% gagnent moins de $10,000.

14....

D'autres stratégies d'intervention semblables, plus rares, visent l'amélioration de la qualité de soutien fourni par une relation intime pré-existante (Wideman et Singer, 1984 dans Gottlieb, 1986) mais on ne parle alors plus de parrainage.

15....

Les membres des groupes "Parents-Soutiens" effectuent le pairage en tenant compte des similarités d'âge d'âge des parents et des enfants de la composition familiale, du type de déficience

de l'enfant et du lieu de résidence. L'aidant sélectionné entre alors en communication téléphonique avec la famille cible, souvent dans les 48 heures (Cameron, 1981).

16....

Vachon et col. (1980) concluaient qu'un groupe de soutien était bénéfique à l'adaptation des nouvelles veuves; or, dans ce programme, chaque sujet était d'abord contacté sur une base individuelle (dans une relation dyadique), par une veuve plus expérimentée. Les résultats obtenus peuvent donc être attribuables à la relation dyadique comme à l'entraide par le groupe (Gottlieb, 1986).

17....

L'intervention est décrite dans la section antérieure d'une étude dans laquelle l'un des trois groupes mis sur pied impliquait le pairage des veuves participantes.

18....

La grande similitude entre la nature de l'aide des professionnels et celle des leaders informels est corroborée par l'étude de Toro (1986).

19....

Ce premier recrutement est fait par les médias du campus et des envois personnels aux étudiants ayant une bonne moyenne académique. En 1980, 52 étudiants-conseillers étaient actifs (Fritz, 1986).

20....

Une deuxième étape de l'entraînement comporte une simulation pour introduire les aidants potentiels aux problèmes concrets du counselling; ceux-ci sont appelés à observer des séances de counselling (simulées). Les étudiants qui désirent continuer (n=162) reçoivent des informations supplémentaires sur la compréhension des gens, les techniques de counselling professionnel et l'éthique professionnelle. L'entraînement dure environ 10 semaines (Hamburg et Varenhorst, 1972).

21...

Les sujets rencontrés par Knignt et col. (1980) et Gottlieb (1982) peuvent être de cette catégorie car ils étaient favorables à l'implication éventuelle d'un professionnel dans leur groupe. Dans l'étude de Gottlieb (1982) néanmoins, les deux modalités d'aide constituaient pour les répondants des alternatives exclusives, puisqu'au moins la moitié de ceux qui voyaient régulièrement un professionnel ont cessé au moment de leur entrée dans le groupe. Malgré tout, les sujets qui continuaient les deux traitements, rappelons-le, les croyaient complémentaires.

22....

Todres (1982) rencontre 308 professionnels, de diverses agences publiques ou privées, pour évaluer leurs connaissances et attitudes face à certains groupes d'entraide. 26% des groupes étaient connus mais la moyenne varie selon chaque profession (médecins: 11.5% des groupes, psychologues: 13.8%, psychiatres: 16.5%, travailleurs sociaux: 20%, infirmiers: 21%). Certains groupes étaient mieux connus: "Alcooliques Anonymes" (par 99% de l'échantillon), "Women for Sobriety" (90%), "Multiple Scleroris Society" (85%), "Parents without Partners" (76%) et "Al-non" (75%). De plus, 90% des répondants ont dit avoir déjà référé des clients à ces groupes et 40% s'y sont impliqués comme conférenciers ou consultants. Les professionnels rencontrés croient que ces groupes peuvent apporter une aide mutuelle (cote moyenne de 4.46 sur 5), qu'ils ne sont pas une mode passagère (4.16), qu'ils ne sont pas nuisants (4.13), qu'on devrait y référer des clients (4.37) et que le fait de partager son vécu avec des individus similaires est bénéfique (4.32). Mais les attitudes ne sont pas aussi favorables face à tous les groupes. Todres (1982) conclut que les professionnels ne sont pas hostiles aux groupes d'aide informels. Evidemment, les professionnels répondants étaient peut-être au départ plus favorables à ces groupes que les non répondants.

23...

C'est ce que Guay (1984) appelle le risque de récupération intellectuelle et ce que Antze (1982 cité dans Todres, 1982) entend par aliénation des groupes informels, lorsque les professionnels expriment des opinions à l'encontre de l'idéologie du groupe. A son tour Pinker (1985) parle de colonisation du réseau informel par le système formel, pouvant aller de "l'incorporation à l'appropriation".

24....

Dans les interventions visant l'amélioration de la qualité d'aide des aidants naturels, des professionnels ont été impliqués comme initiateurs ou entraîneurs et pour Gottlieb (1986), cette implication ne fut pas des plus heureuses. Dans les groupes d'entraide ou de parrainage, ils furent parfois impliqués dans leur création (ex: Alcooliques Anonymes) sans avoir ensuite beaucoup de contacts (Lavoie, 1984). Selon celle-ci, quand ils s'impliquaient dans la mise sur pied de groupes, c'était souvent pour trouver les ressources matérielles et financières requises, et plus tard pour référer des membres, superviser des volontaires ou donner un soutien moral aux leaders. Les chercheurs, eux, sont particulièrement exclus peut-être parce que leurs conclusions diffèrent souvent de celles tirées de l'expérience empirique (Lavoie, 1984).

25....

Gottlieb (1985a) croit qu'on doit non seulement aider financièrement ces groupes mais aussi les personnes qui assument volontairement, dans leur quotidien, la responsabilité des soins de quelqu'un. Il cite le dernier budget ontarien qui prévoyait des déductions d'impôts aux familles accueillant un parent agé, certains états américains où l'on encourage financièrement les aidants naturels même pour les soins des enfants, la Suède où un système de déduction d'impôt est prévu pour les familles qui soignent à la maison une personne malade ou handicapée. Comme Butler (1977) qu'il cite, il pense que significativement moins de personnes seraient institutionalisées si même une partie des sommes utilisées par les centres de soins étaient disponible pour aider les familles à procurer elles-mêmes des soins. On peut penser encore aux adolescents britanniques qui reçoivent des crédits scolaires lorsqu'ils travaillent 6hres/sem. avec des aveugles, des enfants handicappés ou des personnes âgées (Kelley et Kelley, 1985).

26...

Trente projets autour du triangle Montréal-Québec-Sherbrooke ont été interviewés sur place. Pour quelques projets des régions éloignées, les répondants ont enregistré leurs réponses sur un ruban de magnétophone en ayant le schéma d'entrevue en main.

27...

Tous les projets ont débuté leurs activités depuis au moins six mois. Plus de la moitié sont sur pied depuis au moins trois ans. La médiane se situe à deux ans d'existence. Il est intéressant de signaler que huit des 20 projets communautaires ont plus de six ans d'existence, ce qui n'est le cas que pour deux des 14 projets institutionnels.

28...

Un formulaire a été envoyé à des organismes inscrits dans les registres suivants:

Liste des CSS
Liste des CLSC
Liste des DSC
Liste des participants à un colloque de Centraide
Liste des participants au Colloque sur les réseaux sociaux et la santé mentale organisée par le LAREHS (décembre 1985)
Liste des ressources pour les personnes handicapées du Sud-Ouest de l'Ile de Montréal
Guide des ressources du Montréal-Métro, de St-Hyacinthe, du Nord de Montréal, de Trois Rivières, de Sherbrooke, de Québec-métro.

Nous sommes confiants d'avoir atteints la totalité des CLSC et des DSC. Cependant, vu les contraintes de temps, nous n'avons pu réunir une liste exhaustive de tous les projets communautaires et nous sommes très conscients de la sous-représentation de ce secteur. Mais même au sein des CLSC, nous ignorons le degré de représentation des projets de soutien social. Une part de non-réponse peut être la conséquence d'un refus de participer et l'autre part peut signifier qu'il n'y avait pas de proejt correspondant à notre définition de soutien social au sein de l'institution.

Des 37 entrevues ou questionnaires complétés, trois ont été rejetés dont l'un suite à une faille du magnétophone et l'autre parce que le projet ne touchait pas au soutien social. Des trois non-répondants, un n'a pu être contacté.

Voici la répartition géographique des projets: 17 provienent de Montréal et de la banlieue rapprochée, 11 de villes de taille moyenne et de leurs environs immédiats (ex.: Sherbrooke, Trois-Rivières) et six de régions rurales ou éloignées. Les échantillons sont relativement petits pour permettre ici des comparaisons et les interviewers n'ont pas noté de différencesignificatives pour motiver des analyses détaillées.

APPENDICE A

LES INSTRUMENTS

QUESTIONNAIRE DE SELECTION

Nom de l'Institution :

1. Nom du(des) répondants 2. Fonction dans l'institution

I GROUPES DE SOUTIEN SOCIAL : PROJETS INITIES OU SUPPORTES PAR VOTRE ORGANISME

PROJET:

TITRE:

OBJECTIFS:

ACTIVITES DES USAGES
- DANS LE PROJET

- A L'EXTERIEUR DU PROJET : c.a.d. les participants ont-ils des activités ou contacts en -dehors des activités de base du projet? Lesquels? (voisinage, aide **matérielle**).

ROLE DE VOTRE ETABLISSEMENT

a) Rôle de votre établissement dans le démarrage
   - initié par votre établissement ( )
   - initié à travers une concertation de plusieurs organismes professionnels ( )
   - initié par la communauté ( )

b) Rôle de votre établissement dans le fonctionnement.
   - Type d'emploi de la personne ressource de votre établissement

   PERMANENT temps plein ( )
   temps partiel ( )

   CONTRACTUEL temps plein ( )
   temps partiel ( )

- Ressources humaines affectées au projet

. nombre de personnes de votre établissement
. nombre de demi-journées par semaine (faites une moyenne)
. type d'encadrement au projet
   constant ( )
   en cas de besoin ( )

. pas de ressources humaines impliquées ( )

- Ressources matérielles affectées au projet

c) Recours au bénévolat

oui ( ) nombre

non ( )

(Annexer tous les documents descriptifs du type: publicité ou instruments employés etc. qui pourraient être utiles à la compréhensin du projet.)

ENTREVUE

1. Nom du répondant.

2. Nom du projet ou de la ressource, adresse et numéro(s) de téléphone.

Nom:
Adresse:
Numéro(s) de téléphone:

3. Relations avec d'autres organismes:

3.1 Est-ce que votre projet est rattaché à un organisme comme, par exemple, un CLSC, une fédération, etc...?

oui ( ) non ( )

3.2 Si oui, lequel ou lesquels ?

3.3 Qui a initié le projet (organisme ou personne)?

3.4 Depuis combien de temps ce projet fonctionne-t-il?

4. Type d'intervenants :

4.1 Combien d'intervenants professionnels participent au projet ?

4.2 Combien d'intervenants non-professionnels participent au projet?

4.3 En ce qui concerne les intervenants rémunérés, combien y en a-t-il
à temps plein ?
à temps partiel ?

4.4 Y a-t-il des intervenants bénévoles? oui ( ) non ( )

Si oui, combien y en a-t-il?

4.5 Combien d'heures par semaine, en moyenne, travaille chaque bénévole?

4.6 Quels sont les rôles et les responsabilités des :

- intervenants à l'intérieur du projet?

- bénévoles?

- participants?

5. Période d'accessibilité de la ressource (jour, soir, nuit, fin de semaine).

6. Nature du projet :

6.1 Population visée :

- combien de personnes votre projet rejoint-il par année?

- quelles sont les caractéristiques spécifiques de cette populatin (âge, revenu, scolarité, SSE)?

- quelle est l'étendue du territoie desservi par votre projet?

6.2 Quels sont les objectifs de votre projet?
Si vous avez joint de la littérature explicative, passer à la question suivante.

6.3 En quoi consistent vos activités?

- pourquoi avoir privilégié ces activités plus particulièrement?

- comment celles-ci répondent-elles aux objectifs?

6.4 De quelle façon ces activités contribuent-elles à fournir du soutien social?

- est-ce qu'elles permettent la création de nouveaux liens? (entre qui et qui?)

- de quel type de liens s'agit-il (amitié, entraide, échange de services, etc...)?

- est-ce qu'elles modifient la nature des liens que les personnes ont déjà avec leurs voisins, parents, amis, etc?

6.5 Combien de temps, en moyenne, les participants fréquentent-ils la ressource?

Combien de fois par semaine?

6.6 Quelles sont vos sources de publicité?

6.7 Est-ce eque votre projet a subi plusieurs transformations en cours de route (des objectifs, des activités, de la clientèle, etc.)?

Si oui, quels sont les motifs qui les ont amenées?

7. Evaluation

7.1 Atteinte des objectifs :

- Est-ce que vous estimez avoir atteint vos objectifs?

- Dans quelle mesure ?

- Sur quoi vous basez-vous pour faire votre évaluation?

7.2 Quels sont les avantages de ce type d'intervention par rapport à d'autres types d'interventions?

7.3 Est-ce que ce type d'intervention comporte certains problèmes particuliers?

Y a-t-il des objectifs difficilement atteignables par ce type d'intervention?

7.4 Quelles sont les raisons évoquées par ceux et celles qui cessent de participer au projet?

A combien évaluez-vous le pourcentage de la clientèle qui quitte votre ressource?

7.5 Est-ce que votre projet amène les participants à s'impliquer plus activement dans ce projet ou dans d'autres projets (bénévolat, prise de décision, animation, intervention, etc.)?

7.6 Evaluation de l'équipe :
- comment décririez-vous l'implication des intervenants, leur motivation ainsi que les dangers d'épuisement?

- comment décririez-vous le lien entre professionnels et non-professionnels?

- est-ce que vous travaillez à l'occasion en collaboration ou de concert avec des intervenants d'autres groupes?

- est-ce que les intervenants d'autres groupes travaillent en collaboration avec votre ressource (référence) ou non?

si non, est-ce parce qu'ils ignorent votre existence?

8. Avenir du projet :

8.1 Est-ce que vous prévoyez que le projet continuera de fonctionner pendant un certain temps?

8.2 Selon vous, est-ce à cause du financement qui est assuré, du modèle d'intervention ou de priorisation des problèmes sociaux?

9. Administration :

9.1 Quelles sont vos sources de financement (Centraide, campagne, etc)?

- quel est le montant total du budget annual alloué à ce projet?

- comment décririez-vous la stabilité financière de votre projet?

- comment décririez-vous la stabilité financière de votre projet?

9.2 Quelle est la place des participants au niveau de la gestion de votre projet?

- type de leadership (partage du pouvoir): qui prend les décisions, qui détermine les priorités?

- mode de communication: comment l'information circule-t-elle (ex.: bulletin, communiqués, etc)?

9.3 Comment se fait la coordination entre votre projet et vos administrateurs?

9.4 Avez-vous eu de la difficulté à faire aceppter votre projet?

- Comment l'administration juge-t-elle votre projet?

- Croyez-vous que vos supérieurs continueront d'approuver et d'encourager de tels projets à l'avenir ?

- Dans quelle mesure vos bailleurs de fonds continueront-ils d'encourager de tels projets?

10. Synthèse

10.1 Si vous aviez des conseils à donner pour un projet de ce genre, quels seraient-ils?

10.2 Avez-vous des commentaires que vous n'avez pas formulés et que vous aimeriez exprimer?

10.3 Avez-vous l'impression que ce type d'action améliore l'état de santé physique et mentale des participants?

Sur quoi fondez-vous votre évaluation?

APPENDICE B

RESULTATS DE PROJETS DE RECHERCHE OU D'INTERVENTION MENES PAR DES MEMBRES DU LABORATOIRE DE RECHERCHE EN ECOLOGIE HUMAINE ET SOCIALE.

Récemment certaines études menées au LAREHS ont permis d'étayer l'hypothèse faisant état d'un lien entre la pauvreté du réseau social des individus et l'occurence plus probable de difficultés d'adaptation des individus ou des familles.

1) Soutien social chez les adolescents suicidaires.

En 1982, l'équipe dirigée par Michel Tousignant entreprenait une recherche sur l'utilisation du réseau social à des fins de soutien personnel par les jeunes suicidaires. Les tentatives de suicide ou la présence d'idéations suicidaires sérieuses étaient pour l'ensemble de ces jeunes précédées d'une peine d'amour ou de la rupture d'une amitié importante. Un certain nombre de conclusions se dégagent des entrevues réalisées auprès de ces jeunes.

D'abord malgré le caractère relativement superficiel des liens qu'ils ont avec leur entourage, ils ne sont pas dans l'ensemble ce qu'on peut appeler isolés. Toutefois un certain nombre d'obstacles prenant leur origine chez les jeunes eux-mêmes ou encore dans leur milieu social empêche que ne se développent des relations susceptibles d'offrir soutien et réconfort face aux difficultés qu'ils expriment. Les jeunes suicidaires semblent être réfractaires à l'idée d'être aidé. Le caractère non réciproque des relations aidant-aidé semble expliquer la nature des réticences exprimées : la demande d'aide place les jeunes dans une situation d'infériorité face à ceux qui l'aident. Ils rapportent même être très ouverts et prêts à offrir du soutien à ceux qui vivent des expériences semblables à la leur. Il est même probable que la stratégie d'aide la plus efficace s'opère précisément à l'intérieur d'échanges bidirectionnels lorsqu'on prend en considération leur réticence sinon leur aversion face à l'aide professionnelle. Malgré le fait que certains jeunes tentent très sérieusement de mettre un terme à leur vie (être dans le coma pour une période de temps prolongée) la plupart ne vont consulter ni médecin ni service d'urgence.

Leur environnement social comporte également d'importantes lacunes. Plus de 80% des sujets disent avoir évolué dans des contextes familiaux problématiques : certains rapportent avoir vécu des relations négatives avec leur père, avoir subi le divorce ou la séparation de leurs parents ou encore avoir vécu de multiples déménagements. L'ensemble de ces stress pourraient avoir occasionné des perturbations importantes dans leur réseau social ainsi que des déracinements et par conséquent un certain isolement dans la communauté environnante. En plus d'expériences antérieures déficitaires, les adolescents interrogés rapportent avoir à faire face aux réactions souvent inappropriées et maladroites de leur entourage face aux difficultés et intentions suicidaires exprimées. Les réactions de peur, de panique, de surprise, d'évitement ou de reproche interfèrent avec le fait que s'amorce un dialogue réel et sincère avec les personnes de leur réseau.

Conformément à ces observations, les auteurs de cette recherche ont formulé quelques recommandations afin de favoriser le développement de stratégies d'aide plus pertinentes auprès de cette population:

1° d'abord travailler à consolider les liens déjà existants dans le milieu familial ou scolaire afin de modifier la réaction de l'entourage et aiguiser leur sensibilité aux problèmes vécus par le jeune;

2° ne pas offrir l'aide trop ouvertement sachant que cela pourrait occasionner des effets plus néfastes.

3° éviter une approche individuelle centrée sur le problème du suicidaire (à moins que son état ne soit trop détérioré) en insérant si possible le jeune dans un contexte où il lui est non seulement possible de partager ses difficultés mais également contribuer à résoudre des problèmes de ses pairs.

4° combattre les valeurs d'auto-suffisance prônées très souvent dans notre société.

5° mettre sur pied des programmes de prévention auprès du réseau et plus particulièrement auprès du père afin de protéger la sensibilité de ces personnes.

6° sensibiliser les intervenants en santé mentale à la nécessité de mener une action préventive pour réduire l'impact des dégâts causés par la déstabilisation sociale des familles de ces jeunes.7° finalement constater que l'aide professionnelle n'est souvent pas celle privilégiée par des jeunes lui préférant un soutien informel qui laisse place à des échanges plus réciproques.

2) Programme de soutien aux endeuillés d'un suicide

Pour un ensemble de raisons, il semble que les individus en deuil d'une perte par suicide forment un groupe à risque suicidaire. En ce sens que le suicide d'un proche, offre aux endeuillés un "modèle" qui, par imitation se présente comme une solution toute trouvée pour fuir ou régler toutes les insécurités et les peurs qui soulèvent un deuil par suicide.

Les endeuillés doivent être soutenus dans leur processus de deuil afin qu'ils puissent atteindre leur propre conceptualisation constructive du suicide, assumer leur perte et élaborer de nouveaux rôles sociaux. Il nous est apparu important de nous pencher sur une forme de prévention "post-suicide", qui est une des avenues les plus prometteuses vers la réduction du taux de suicide. Un programme d'aide aux personens endeuillées d'un suicide fut initié en septembre 1985 par Monique Séguin, membres du LAREHS dans le cadre des interventions de Suicide-Action-Montréal. Ce programme comprend des rencontres individuelles, familiales, des groupes d'entraide et un suivi pour une période d'une année. Ce programme est basé sur l'expression des émotions, l'amélioration des stratégies adaptatives ainsi que sur une approche de réseaux.

Après quelques rencontres individuelles ou familiales, les endeuillés sont invités à participer au groupe d'entraide. Le groupe se réunit huit fois à une fréquence d'une rencontre aux deux semaines. Chacune de celles-ci est organisée autour d'une thématique précise. Ces thèmes assurent un cheminement progressif du travail de deuil et offrent aux endeuillés l'opportunité d'explorer leurs émotions en fonction des différentes sphères du processus de deuil. A la fin de ces huit rencontres, les animateurs assurent deux rencontres de suivi avec tous les participants, à quatre mois d'intervalle. De cette manière les endeuillés sont assurés d'un soutien pendant une année, ce qui leur permet de se sentir moins seuls au moment des dates significatives.

Quatre grands objectifs sont poursuivis à travers cette démarche:

1. le premier objectif vise à offrir aux endeuillés un lieu où il leur est permis d'exprimer leur peine et d'avoir des témoins de leur douleur et ce, dans un contexte de respect, de non-jugement et sans crainte de réprobation sociale.

2. Le deuxième objectif vise à permettre aux endeuillés, par un phénomène de comparaison sociale, de se rendre compte qu'ils ne sont pas seuls à vivre une expérience tragique. De plus, le fait que certaines personnes sont plus avancées dans leur processus de résolution de deuil permet

aux plus "récents" endeuillés de garder espoir et ainsi d'avoir la confirmation que la douleur s'amoindrira avec le temps.

3. Le troisième objectif est de permettre aux endeuillés d'apprendre de nouvelles stratégies adaptatives par l'échange de leurs expériences.

4. Le dernier objectif vise une intervention de réseaux en procurant aux individus qui participent au groupe la possibilité d'augmenter le nombre de leurs contacts et de leurs liens en enrichissant leur réseau grâce aux autres membres du groupe.

Résultats préliminaires

Comme le deuil suite à une suicide est un processus devant nécessairement s'accomplir, il ne nous semblait pas à propos d'intervenir selon un modèle bio-médical unique. Plutôt ce que nos visons est l'augmentation du potentiel adaptatif et l'accessibilité à des moyens variés de résolution de problèmes.

Puisque les services sont offerts depuis un peu plus d'un an seulement, les résultats sont encore très fragmentaires. Par contre, nous pouvons confirmer que ces groupes contribuent à fournir du soutien social en ce sens qu'il y a création de nouveaux liens et que ceux-ci se poursuivent à l'extérieur des rencontres formelles et excédent la durée des groupes. Les participants poursuivent des contacts entre eux, ils se téléphonent et s'appuient les uns les autres lors de moments de crise ou lors de dates significatives.

Ainsi puisque les participants ont l'occasion d'exprimer leurs sentiments, de partager et de développer de nouvelles stratégies adaptatives, ce qui globalement contribue à diminuer le niveau de stress, ils sont généralement moins angoissés et ceci leur permet de modifier les liens qu'ils entretiennent avec leur entourage. L'expérimentation du partage qui a lieu dans le groupe, permet aux endeuillés d'apprivoiser le fait de discuter du suicide de l'être aimé et ils pourront conséquemment en parler avec plus de facilité à l'extérieur du groupe dans leur entourage. En fonction de leurs expériences personnelles, les participants du groupe deviennent des aidants les uns pour les autres. En ayant le sentiment de pouvoir aider d'autres individus, ceci les rassure sur leurs capacités. Cette expérience ne semble alors pas s'être produite en vain et leur permet de dépasser leur peine.

3) Soutien social chez les mères cheffes de famille

La troisième étude a été réalisée par Claire Malo, étudiante au doctorat et membre du LAREHS porte sur une investigation en profondeur des difficultés d'adaptation et des stratégies d'aide perçue bénéfique et efficace auprès d'une trentaine de mères cheffes de familles (séparées, divorcées et célibataires depuis une période minimale de deux ans). Les résultats préliminaires mettent en évidence les points suivants: d'abord ne pas centrer les interventions exclusivement sur l'impact du stress relié aux adaptations nécessaires à effectuer suite à la restructuration de la famlile mais également offrir du soutien pour faire face à l'ensemble des difficultés récurrentes et permanentes reliées précisément à la situation de monoparentalité tels la surcharge de travail, les problèmes économiques, la solitude (les responsabilités parentales, etc.). En corollaire, la résolution d'un problème aussi spécifique soit-il (ex.: problème monétaire) nécessite bien souvent le recours à un éventail varié de stratégies de soutien (accès au chômage, gardiennage, écoute empathique ou accès à un programme de formation professionnelle). En accord avec les observations effectuées par l'équipe de Tousignant, il semble une fois de plus que ces femmes éprouvent un malaise à demander et à recevoir unilatéralement de l'aide. Un soutien plus informel et réciproque permet de préserver une image plus positive d'elles-mêmes: dans le cas contraire, elles ont tendance à évaluer plus négativement l'aide reçue même si elle s'est avérée bénéfique.

Les motifs invoqués pour justifier l'efficacité et l'appréciation de l'aide reçue sont variées; tantôt elles considèrent l'intention de l'aideur, tantôt la façon d'aider (ex.: avec enthousiasme) ou encore la congruence entre les attentes entretenues et l'aide réelle apportée. Enfin, les sources d'aide sont également variées; certaines préfèrent recourir à la parenté d'autres s'orientent vers les amies. Même si une intervention regroupant des femmes dans une même situation s'avérait pertinente, l'intervention dans le réseau des liens existants apparaît également souhaitable. En bref, fournir un soutien aux mères cheffes de familles, population très visée par les intervenants professionnels et non professionnels, implique des stratégies variées, tant dans les besoins auxquels il faut répondre que dans les moyens à planifier.

4) Pauvreté sociale et mauvais traitements chez les enfants

La pauvreté économique représente un facteur extrêmement important dans la configuration de risques observés chez des familles faisant l'objet d'un signalement pour abus et négligence des enfants, tel qu'en fait foi une étude épidémiologique réalisée en 1983 par

Bouchard, Chamberland[1] et Beaudry (tous membres du LAREHS). Toutefois des conditions de défavorisation économique ne sont pas les seuls paramètres en cause dans cette problématique. La présence de ressources sociales soutenantes dans les réseaux personnels des familles ainsi que dans leur voisinage peuvent faciliter l'harmonisation des relations entre parents et enfants. L'étude microsociologique effectuée par cette même équipe en 1984 dans le territoire administratif du Centre des Service ssociaux du Montréal métropolitain a permis de mieux documenter ce point de vue. Dans un premier temps, deux voisinages présentant des caractéristiques macro-socio-économiques également défavorisées mais des taux d'incidence significativement distincts sont repérés. Les taux observés[2] pour une période de six mois (en 1983) étaient, pour le voisinage à haut risque, de 17.98 familles/1000 familles et, pour le voisinage à bas risque , de 2.49familles/1000 familles. Puis les chercheurs ont tenté d'esquisser un portrait des ressources sociales disponibles dans le réseau personnel ou dans le voisinage des familles résidant dans ces deux voisinages. Pour ce faire, 80 mères et 73 mères des voisinages à haut et bas risques ont été interviewées. L'enquête a porté sur l'évaluation subjective de la qualité du soutien disponible dans leur environnement social. Les mères du voisinage à bas risque, comparativement aux mères résidant dans le quartier à haut risque, ont dit pouvoir compter sur un plus grand nombre de personnes pour leur fournir du soutien affectif ou normatif, être moins souvent dans la situation de ne trouver personne lorsqu'elle ont besoin d'une assistance concrète. Elles rapportent subir moins régulièrement la présence de personnes nuisibles, lesquelles occupent une place moins centrale dans leur réseau[3]. Les personnes identifiées dans leur réseau répondent à une plus grande diversité de besoins. Les membres de la parenté sont plus susceptibles de leur fournir du soutien affectif instrumental ou normatif alors que les professionnels sont, dans une moins grande proportion, identifiés comme aideurs.

Les mères du quartier à bas risque estiment également pouvoir compter davatange sur différentes ressources présentes dans leur voisinage. Elles considèrent leurs voisins plus chaleureux, sont plus satisfaites des contacts qu'elles ont avec eux, considèrent plus facile de s'en faire des amis et en général, perçoivent que les gens se portent mutuellement plus d'intérêt. Elles considèrent également le milieu globalement plus convenable pour élever leur enfant: elles sont plus satisfaites des endroits de jeux, des activités de loisirs, jugent les adultes plus tolérants

---

[1] Cette chercheure est également professeure à l'Ecole de Service social à l'Université de Montréal.

[2] Les taux ont été calculés dans le cadre de l'étude épidémiologique.

[3] Les mères du quartier à haut risque, associent plus souvent les amis comme source de nuisance.

envers les enfants et qu'il est plus difficile de recevoir de l'aide comme parent. Enfin, l'enfant aurait également accès à une environnement social plus opportun: les mères du voisinage à bas risque perçoivent qu'il est plus facile pour l'enfant de s'y faire des amis et que l'influence des autres enfants sur leur propre enfant semblerait plus positive.

Bref, l'environnement social des mères du voisinage à bas risque, plus soutenante, moins insulaire et moins confictuel protégerait les parents de contextes de vie déjà critique du point de vue économique. Un double appauvrissement, économique et social risque donc d'engendrer un niveau de tension intolérable pour les parents. Dans de telles conditions, les relations parent-enfant peuvent difficilement être imperméables aux stress que subissent les parents et dans ce cas, les enfants risquent de faire les frais de telles pressions.

En conséquence, les objectifs d'intervention pertinents à poursuivre concernent autant l'action dans le réseau social des familles que le développement communautaire du voisinage. Il serait souhaitable de mobiliser l'aide déjà potentiellement disponible dans le réseau des parents, ainsi qu'améliorer, réduire ou éliminer les liens qui représentent des sources de conflit. La création de nouveaux contacts susceptibles d'élargir et d'enrichir le bassin d'aideurs des familles, spécialement au niveau des familles voisines constitue un autre objectif pertinent à viser. Ainsi des interventions comunautaires favorisant les échanges d'information, de services et de biens, le partage d'expériences ou encore la revendication par les parents d'un même quartier pour obtenir différentes ressources opportunes pour le développement des enfants (parc, sécurité) contribueraient à enrichir la qualité de vie des familles, à promouvoir la création de solidarités et d'un certain sentiment d'appartenance à leur milieu de vie immédiat.

Rapports de recherche et synthèses critiques publiés dans le cadre du programme de recherche de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

1. **Le rôle de l'Etat dans les services de santé et les services sociaux**

No 1[1] Gilles Beausoleil – *Intervention socio-économique de l'Etat. Problèmes et perspectives.*
Gérard Bélanger – *La croissance du secteur public: une recension des écrits économiques*
Diane Bellemarre, Ginette Dussault, Lise Poulin Simon – *Regard économique sur le devenir de l'Etat.*
Jacques T. Godbout – *L'Etat localisé.*
Lionel Groulx – *L'Etat et les services sociaux.*
Réjean Landry – *Prospective des interventions de l'Etat.*
Frédéric Lesemann, Jocelyne Lamoureux – *Le rôle et le devenir de l'Etat-providence.*

2. La transformation du tissu social

No 2 Gilles Bibeau – *A la fois d'ici et d'ailleurs: les communautés culturelles du Québec dans leurs rapports aux services sociaux et aux services de santé.*

No 3 Doris Hanigan – *Le suicide chez les jeunes et les personnes âgées: une recension des écrits et propositions d'action.*

No 4 Frédéric Lesemann – *Les nouvelles pauvretés, l'environnement économique et les services sociaux.*

No 5 Monique Provost – *Les nouveaux phénomènes sociaux: la catégorie sociale "jeunesse".*

No 6 Marc Renaud, Sylvie Jutras, Pierre Bouchard – *Les solutions qu'apportent les Québécois à leurs problèmes sociaux et sanitaires.*

No 7 Eric Shragge, Taylor Létourneau – *Community – Initiated Health and Social Services.*

No 8 Rita Therrien – *La contribution informelle des femmes aux services de santé et aux services sociaux.*

No 9 Michel Tousignant et al. – *Utilisation des réseaux sociaux dans les interventions. Etat de la question et propositions d'action.*

3. L'évolution des indicateurs et des problèmes de santé

No 10 Ellen Corin – *Les dimensions sociales et psychiques de la santé: outils méthodologiques et perspectives d'analyse.*

No 11 John Hoey et al. – *L'Etat de santé des Québécois: un profil par région socio-sanitaire et par département de santé communautaire*

---

[1] Ce document comprend 7 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le rôle de l'Etat."

5. La place du secteur communautaire et du secteur privé et leurs rapports avec le réseau public

No 22 Jacques T. Godbout, Murielle Leduc, Jean-Pierre Collin - *La face cachée du système.*

No 23 Nancy Guberman, Henri Dorvil, Pierre Maheu - *Amour,bain, comprimé ou l'ABC de la désinstitutionnalisation.*

No 24 Jocelyne Lamoureux, Frédéric Lesemann - *Les filières d'action sociale.*

No 25[1] Céline Mercier - *Désinstitutionnalisation, orientation générale des politiques et organisation des services sociaux.*
Céline Mercier - *Désinstitutionnalisation et distribution des services sociaux selon les types de clientèles, d'établissements, de régions.*

6. Les systèmes d'information

No 26 Daniel Pascot et al. - *Bilan critique et cadre conceptuel des systèmes d'information dans le domaine de la santé et des services sociaux.*

No 27 Martin Poulin, Georgette Béliveau - *L'utilisation et le développement de l'informatique dans les services sociaux.*

7. Les coûts et le financement du système des services de santé et des services sociaux

No 28 Clermont Bégin, Bernard Labelle, Françoise Bouchard - *Le budget: le jeu derrière la structure.*

No 29 André-Pierre Contandriopoulos, Anne Lemay, Geneviève Tessier - *Les coûts et le financement du système socio-sanitaire.*

No 30 Gilles DesRochers - *Financement et budgétisation des hôpitaux.*

No 31 Hélène Desrosiers - *Impact du vieillissement sur les coûts du système de santé et des services sociaux: les véritables enjeux.*

No 32 Thomas Duperré - *La perspective fédérale-provinciale.*

No 33 Pran Manga - *The Allocation of Health Care Resources: Ethical and Economic Choices, Conflicts and Compromise.*

No 34 Yvon Poirier - *Evolution et impact des structures de financement fédérales et provinciales sur la recherche en santé au Québec.*

No 35 Claude Quiviger - *Centres communautaires locaux de services sociaux et de santé: étude comparative Québec - Ontario.*

No 36 Lee Soderstrom - *Privatization: Adopt or Adapt?*

No 37 Yves Vaillancourt et al. - *La privatisation des services sociaux.*

---

[1]Ce document comprend 2 rapports publiés en un seul volume sous le titre "La désinstitutionnalisation: orientation des politiques et distribution des services".

8. Les services sociaux: évolution, comparaison, clientèles, évaluation

No 38 André Beaudoin - *Le champ des services sociaux dans la politique sociale au Québec.*

No 39 Elaine Carey-Bélanger - *Une étude comparative des systèmes de bien-être social avec référence particulière à l'organisation des services sociaux: Finlande, Suède, Québec.*

No 40 Marc Leblanc, Hélène Beaumont - *La réadaptation dans la communauté au Québec: inventaire des programmes.*

No 41 Jocelyn Lindsay, Chantal Perrault - *Les services sociaux en milieu hospitalier.*

No 42 Robert Mayer, Lionel Groulx - *Synthèse critique de la littérature sur l'évolution des services sociaux au Québec depuis 1960.*

No 43 Francine Ouellet, Christiane Lampron - *Bilan des évaluations portant sur les services sociaux.*

No 44 Marie Simard, Jacques Vachon - *La politique de placement d'enfants: étude d'implantation dans deux régions du Québec.*

9. Le développement de la technologie

No 45[1] Renaldo Battista - *La dynamique de l'innovation et de la diffusion des technologies dans le domaine de la santé.*
Gérard de Pouvourville - *Progrès technique et dépenses de santé: le rôle de l'intervention publique.*
Fernand Roberge - *La prospective technologique dans le domaine de la santé.*
David Roy - *Limitless Innovation and Limited Resources.*

Tous ces documents sont en vente dans les librairies de *Les Publications du Québec* ou par son comptoir postal.
(418)643-5150 ou 1-800-463-2100

---

[1]Ce document comprend 4 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le développement de la technologie"

No 12 Jennifer O'Loughlin, Jean-François Boivin - *Indicateurs de santé, facteurs de risque liés au mode de vie et utilisation du système de soins dans la région centre-ouest de Montréal.*

4. **Le cadre législatif, réglementaire et organisationnel du système des services de santé et des services sociaux**

No 13 Paul R. Bélanger, Benoît Lévesque, Marc Plamondon - *Flexibilité du travail et demande sociale dans les CLSC.*

No 14 Jean Bernier et al. - *L'allocation des ressources humaines dans les conventions collectives des secteurs de la santé et des services sociaux.*

No 15 Jean Bernier, Guy Bellemarre, Louise Hamelin Brabant - *L'impact des conventions collectives sur l'allocation des ressources humaines dans les centres hospitaliers.*

No 16 Georges Desrosiers, Benoît Gaumer - *Des réalisations de la santé publique aux perspectives de la santé communautaire.*

No 17 Georges Desrosiers, Benoît Gaumer - *L'occupation d'une partie du champ des soins de première ligne par l'hôpital général: faits, conséquences, alternatives.*

No 18 Gilles Dussault, Jean Harvey, Henriette Bilodeau - *La réglementation professionnelle et le fonctionnement du système socio-sanitaire.*

No 19 Barbara Heppner, Linda Davies - *Analysis of the Division of Labour and the Labour Force in Social Service Structures in Québec: Towards a New Definition of Professionalism.*

No 20[1] Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *L'organisation interne des établissements de santé et de services sociaux: modifications et mutations de 1981 à 1987.*
Jacques David, Andrée Lajoie - *L'évolution législative du régime de négociations collectives dans le secteur public québécois.*
Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *Aspects juridiques de la structuration des établissements du réseau des affaires sociales.*
Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *Les statuts des professionnels de la santé et le contrôle de leurs activités.*
Andrée Lajoie, Anik Trudel - *Le droit aux services, évolution 1981-1987.*

No 21 Deena White, Marc Renaud - *The Involvement of the Public Health Network in Occupational Health and Safety: a Strategic Analysis.*

---

[1]Ce document comprend 5 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le droit des services de santé et des services sociaux: évolution 1981-1987."

Le programme de recherche a constitué, avec la consultation générale, la consultation d'experts, l'une des trois sources d'information et l'un des principaux programmes d'activités de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

Ce programme avait notamment pour objectifs de contribuer à la compréhension des problèmes actuels du système des services de santé et des services sociaux, de vérifier l'impact de diverses hypothèses de solutions et, à plus long terme, de stimuler la recherche dans ce domaine.

Afin de rendre compte de ce programme de recherche, la Commission a décidé, sur recommandation du comité scientifique, de publier une collection des synthèses critiques et des recherches. Le présent document s'inscrit dans le cadre de cette collection.